ชื่อเรื่อง กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดสุรามีอาการทางจิตเวชและมีพฤติกรรมก้าวร้าว

โดย

นางวณา พรหมมา

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ตำแหน่งเลขที่ ๖๐๒๗

งานการพยาบาลผู้ป่วยในบำบัดด้วยยา กลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยในภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา กรมการแพทย์

คำนำ

รายงานกรณีศึกษาผู้ป่วยติดสุรามีอาการทางจิตเวชและมีพฤติกรรมก้าวร้าว ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากศึกษาแฟ้มประวัติ การสัมภาษณ์ผู้ป่วย ญาติ การประเมินอาการ การตรวจร่างกายทุกระบบ การตรวจสภาพจิต (Mental Status Examination) รวมทั้งใช้กรอบแนวคิดตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เพื่อประเมินสภาพและวางแผนให้การพยาบาลร่วมกับแนวคิดทฤษฎีที่นิยมใช้ในผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับไว้ในความดูแลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้เหมาะสมกับสภาพอาการและบริบทของผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยติดสุราที่มีอาการทางจิตเวช มีการดื่มสุรามาเป็นเวลานาน และดื่มในปริมาณที่มากนั้นต้องได้รับการดูแลในหลายด้านที่จะทำให้สุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น และได้รับการปรับเปลี่ยนความคิดพฤติกรรมจนสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้โดยไม่พึ่งพาสุราอีกต่อไป โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ทั้งในช่วงที่มีอาการขาดสุราขั้นรุนแรงมาก และมีภาวะแทรกซ้อนจากการดื่มสุรา เพื่อให้ผู้ป่วยได้ผ่านพ้นช่วงนี้ได้อย่างปลอดภัยจนเข้าสู่ภาวะปกติ รวมถึงการดูแลภาวะโรคร่วมทางกายที่เกิดขึ้นตามมาจากการดื่มสุรา และจากพฤติกรรมสุขภาพหรือจากปัจจัยอื่นๆที่ทำให้เกิดโรคร่วม เมื่อผู้ป่วยติดสุรามีสุขภาพที่ดีขึ้นแล้ว พยาบาลก็ยังมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้ฟื้นฟูสมรถภาพปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พยาบาลต้องใช้แนวคิดในการพยาบาลแบบองค์รวม (holistic approach) และผสมผสานแนวคิดต่างๆ ทฤษฎีทางการพยาบาลนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแล รวมทั้งวางแผนจำหน่ายให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่ในครอบครัว และชุมชนได้อย่างปกติสุข

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่ารายงานเล่มนี้ จะเป็นประโยชน์กับบุคลากรทางด้านการพยาบาลและบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านยาและสารเสพติด รวมถึงผู้ที่สนใจศึกษา ค้นคว้าและนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ ขอขอบพระคุณ ดร.บุบผา บุญญามณี รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาลที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะตลอดการทำงานมา ณ ที่นี้ด้วย

วณา พรหมมา

๑ เมษายน ๒๕๖๗

สารบัญ

เรื่อง		หน้า
คำนำ		ก
สารบัญ		ข
สารบัญตาราง		ง
บทที่ ๑	**บทนำ**	๑
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	๑
	วัตถุประสงค์ของการศึกษา	๒
	เหตุผลในการศึกษาผู้ป่วย	๒
	ระยะเวลาดำเนินการ	๓
	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	๓
บทที่ ๒	**ความรู้เรื่องโรคติดสุรา การรักษา และภาวะต่างๆที่เกี่ยวข้อง**	๔
	ความหมายของผู้ป่วยติดสุรา	๔
	การวินิจฉัยภาวะติดสุรา	๑๑
	แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเวชจากสุรา	๑๔
	พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยติดสุรา	๑๗
	การบำบัดรักษาผู้ติดสุราในโรงพยาบาลธัญญารักษ์	๑๘
บทที่ ๓	**การพยาบาลและทฤษฎีทางการพยาบาล**.	๒๒
	กระบวนการพยาบาล	๒๒
	ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อการบำบัดของเพบพราว (Peplau's Interpersonal Relation Theory)	๒๓
	ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem's self-care theory)	๒๕
	แรงจูงใจในการบำบัดรักษา (Motivational Interviewing: MI)	๒๗
	กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน	๒๙
	บทบาทของพยาบาลยาเสพติด	๓๑
	การวางแผนการจำหน่ายตามรูปแบบ D-METHOD	๓๗
บทที่ ๔	**กรณีศึกษา**	๓๘
	ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	๓๘
	ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพผู้ป่วย	๓๘
	การตรวจร่างกายและการประเมินภาวะสุขภาพ	๓๙
	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	๔๕
	แผนการรักษาที่ได้รับ	๔๗

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง		หน้า
	วิเคราะห์เปรียบเทียบทฤษฎีความรู้ทางวิชาการและกรณีศึกษา.....	๕๑
	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล.....	๕๙
บทที่ ๕	**สรุปวิเคราะห์กรณีศึกษา และข้อเสนอแนะ**.	๗๒
	สรุปกรณีศึกษา.....	๗๒
	วิเคราะห์/วิจารณ์.....	๗๕
	ข้อเสนอแนะจากกรณีศึกษา.....	๗๖
บรรณานุกรม		๗๗
ภาคผนวก		๘๑

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
ตารางที่ ๑	การประเมินอาการขาดสุราและการให้ยา	๑๑
ตารางที่ ๒	ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ลักษณะสำคัญของผู้ติดยาเสพติดและการตอบสนองที่เหมาะสมของผู้บำบัดในแต่ละขั้นตอน	๒๗
ตารางที่ ๓	แสดงผลการตรวจเลือดทางเคมีคลินิก (Blood Chemistry)	๔๕
ตารางที่ ๔	แสดงผลการตรวจปัสสาวะ (Urine Examination)	๔๖
ตารางที่ ๕	สรุปอาการและการเปลี่ยนแปลง แผนการรักษาและกิจกรรมพยาบาลขณะอยู่โรงพยาบาล	๔๘
ตารางที่ ๖	วิเคราะห์กรณีศึกษา การเปรียบเทียบข้อมูลวิชาการ/หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นมา	๕๑

บทที่ ๑
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

สุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดให้โทษชนิดหนึ่ง การดื่มสุราถือเป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญของโลกและนับวันสถานการณ์จะยิ่งมีความรุนแรงมากขึ้น ก่อให้เกิดผลเสียต่อร่างกาย และผลกระทบต่าง ๆ ต่อครอบครัวและสังคม ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก World Health Organization ระบุว่า ทุกปี ทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ ๓.๓ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๕.๙ ของการเสียชีวิตทั้งหมด สุราหรือแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคมากกว่า ๒๓๐ ชนิด เป็นสาเหตุของการบาดเจ็บอื่นๆ อุบัติการณ์เกิดโรคติดเชื้อ เช่น วัณโรค โรคเอดส์ สุราหรือแอลกอฮอล์มีผลต่อระบบต่างๆของร่างกายผู้ดื่มได้แก่ ระบบทางเดินอาหาร ต่อมไร้ท่อ โดยมีผลโดยตรงต่อตับทำให้เกิดโรคตับแข็ง (Liver Cirrhosis) ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติ มีความเสี่ยงเป็นโรคเบาหวาน มีผลต่อหัวใจและปอด ระบบประสาท อีกทั้งยังก่อให้เกิดปัญหาด้านจิตใจและพฤติกรรม หากดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากๆ อาจทำให้กระบวนการคิด ความจำบกพร่อง ซึ่งผู้ป่วยอาจมีการตัดสินใจไม่ดี ส่งผลเสียต่อการดำเนินชีวิต อาจเกิดปัญหาในการทำงานและด้านกฎหมายได้ เช่น เกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน เกิดอุบัติเหตุตามท้องถนน ทำผิดกฎจราจรและเมื่อดื่มแอลกอฮอล์เป็นระยะเวลานานอาจทำให้ผู้ดื่มเกิดปัญหาทางจิตเวชได้ เช่นอาจเกิดโรคซึมเศร้า จิตเภท และ โรควิตกกังวล ผลจากการดื่มแอลกอฮอล์นอกจากก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพแล้วยังก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคม (สาวิตรี อัษณางค์กรชัย,๒๕๖๔)

สำหรับประเทศไทยจากรายงานการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ของประชากร พ.ศ.๒๕๖๔ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า จากจำนวนประชากรอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป ๕๗ ล้านคน เป็นผู้ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในรอบ ๑๒ เดือนที่แล้ว ประมาณ ๑๖ ล้านคน (ร้อยละ ๒๘) โดยเป็นผู้ที่ดื่มสม่ำเสมอ ๑๐.๖ ล้านคน (ร้อยละ ๑๘.๕) และเป็นผู้ดื่มนานๆ ครั้ง ๕.๔ ล้านคน (ร้อยละ ๙.๕) กลุ่มอายุ ๒๕ - ๔๔ ปี มีอัตราดื่มสูงสุด (ร้อยละ ๓๖.๕) กลุ่มอายุ ๔๕-๕๙ ปี และ ๒๐-๒๔ ปี มีอัตราดื่มใกล้เคียงกัน (ร้อยละ ๓๒.๕ และ ๓๑.๖ ตามลำดับ) กลุ่มผู้สูงวัย (อายุ๖๐ปีขึ้นไป) มีอัตราดื่มร้อยละ ๑๕.๒ สำหรับกลุ่มเยาวชน (อายุ ๑๕-๑๙ปี) มีอัตราดื่มต่ำสุด (ร้อยละ๑๕.๐) ผู้ชายมีอัตราการดื่มสุราสูงกว่าผู้หญิงประมาณ ๔ เท่า (ร้อยละ ๔๖.๔ และ๑๐.๘ ตามลำดับ) ปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มเฉลี่ยในชาย ๒๐.๕ กรัมต่อวัน ในหญิง ๙.๐ กรัมต่อวัน กลุ่มอายุ ๓๐ - ๔๔ ปี เป็นกลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยงแบบอันตรายและแบบติดสูงสุด (กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๖๔)

ผู้ดื่มสุราแบบติดไม่ตระหนักผลเสียที่เกิดจากการดื่ม หยุดดื่มไม่ได้ เมื่อไม่ได้ดื่มสุราก็จะเกิดภาวะขาดสุราที่อาจทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิต อีกทั้งการติดสุราก่อให้เกิดอาการทางจิตเวชเพราะฤทธิ์สุราจะทำให้เกิดอาการทางจิต ซึ่งเป็นโรคจิตที่เกิดจากพิษสุรา มีการศึกษาพบว่า ร้อยละ ๔๓ ของผู้ติดสุราจะมีอาการของ โรคจิตจากสุรา มีอาการวิตกกังวลง่าย ซึม หดหู่ หรือมีหงุดหงิดง่าย โมโหร้าย นอนไม่หลับ หลับ ๆ ตื่น ๆ จิตใจ อารมณ์ กระบวนการคิด ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Depressive Disorder) ภาวะวิตกกังวล และบุคลิกภาพแปรปรวนแบบต่อต้านสังคม (Antisocial Personality Disorder) สุราก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตเวชเรื้อรัง โรคจิตเภท (Schizophrenia) ผลต่ออารมณ์

ขาดความยับยั้งในการพูดและการแสดงออก กริยาก้าวร้าว กล้าและยอมรับการเสี่ยงมากขึ้น การตัดสินใจและปฏิกิริยาตอบสนองช้าลง ตลอดจนประสาทรับความรู้สึก และสติปัญญาเสื่อมลง บางรายอาจมีประสาทหลอน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นเสียงแว่ว เช่น เสียงนาฬิกา เสียงรถยนต์ เสียงระฆัง เสียงคนพูดกัน หรือพูดข่มขู่ผู้ป่วย (สาวิตรี อัษณางค์กรชัย, ๒๕๖๔)

จากสถานการณ์และปัญหาการดื่มสุรานี้ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางที่ให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดทุกชนิด รวมทั้งการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสุรา เปิดให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยสุราครบวงจร ตั้งแต่ขั้นเตรียมการก่อนการรักษา ขั้นบำบัดด้วยยา ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ และขั้นดูแลติดตามหลังการรักษา การดำเนินงานการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดในระยะเวลา ๓ ปีที่ผ่านมา ปี พ.ศ.๒๕๖๔- ๒๕๖๖ มีจำนวนผู้ป่วยติดสุราเข้าบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในจำนวน ๑๗๓ ราย (งานเวชระเบียนโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา, ๒๕๖๖) เป็นผู้ป่วยติดสุราที่มีอาการทางจิตเวช ๒๘ ราย มีอาการขาดสุรารุนแรง (alcohol withdrawal delirium หรือ delirium tremens) สับสน หูแว่ว ประสาทหลอน มีพฤติกรรมก้าวร้าว เอะอะ อาละวาด ไม่ให้ความร่วมมือ การดูแลผู้ป่วยติดสุราที่มีอาการทางจิตเวชนี้ จำเป็นต้องได้รับการบำบัดดูแลที่มากกว่าผู้ป่วยโรคติดสุรา (alcohol dependence) เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตจากสุราเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนมีความบกพร่องในหน้าที่ การคิด การตัดสินใจ ขาดความสามารถในการควบคุมตัวเอง มีปัญหาการกลับไปดื่มซ้ำ ไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ มีอาการ หูแว่วประสาทหลอน (hallucination) มีความคิดหวาดระแวง หากอาการทางจิตไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจะกลายเป็นโรคจิตเวชเรื้อรังต่อไป

ดังนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยติดสุรามีอาการทางจิตเวชและมีพฤติกรรมก้าวร้าว ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม ตั้งแต่แรกรับระยะบำบัดด้วยยา ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ระยะก่อนกลับบ้าน และระยะดูแลติดตามหลังการรักษา รวมทั้งมีความรู้ ความพร้อม และความมั่นใจในการดูแลตัวเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน สามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มสุราของตัวเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี และไม่กลับมารับการรักษาซ้ำ ด้วยปัญหาจากการดื่มสุราอีก ญาติผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุราต่อเนื่องที่บ้าน จึงได้ทบทวนการพยาบาลผู้ป่วยสุราที่มีอาการทางจิตเวชและมีพฤติกรรมก้าวร้าวที่เข้าการบำบัดรักษา เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยและเป็นเอกสารอ้างอิงทางวิชาการแก่พยาบาลที่มาฝึกอบรมและศึกษาดูงานการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสุราในโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

๑. เพื่อทบทวนแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยสุรามีอาการทางจิตเวชและมีพฤติกรรมก้าวร้าวที่เข้าการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา

๒. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบทฤษฎี การพยาบาลผู้ป่วยติดสุราที่มีอาการทางจิตและแมีพฤติกรรมก้าวร้าว

๓. เพื่อทบทวนปัจจัยเสี่ยงและป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยสุรา

เหตุผลในการศึกษาผู้ป่วย

เป็นผู้ป่วยที่ติดสุรามานาน ๒๐ ปี มีประวัติการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลสงขลาหลายครั้ง หยุดดื่มไม่ได้ เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ๓ ครั้ง

หลังจากกลับไปอยู่ที่บ้านผู้ป่วยมีพฤติกรรมการกลับไปดื่มสุรา ขณะที่อยู่โรงพยาบาลมีภาวะขาดสุราแบบรุนแรง (delirium) และมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง มีความยุ่งยาก ซับซ้อนในการดูแล ญาติผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจและความมั่นใจในการดูแล

ระยะเวลาดำเนินการ

เริ่มศึกษาตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๗

วิธีดำเนินการ

๑. คัดเลือกผู้ป่วยติดสุรามีอาการทางจิตเวชและมีพฤติกรรมก้าวร้าวที่น่าสนใจ

๒. รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้แก่ ประวัติการดื่มสุรา ประวัติการเจ็บป่วยทั้งในอดีตและปัจจุบัน ประวัติการได้รับอุบัติเหตุ ประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร แพ้สารเคมี อาการสำคัญ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตลอดจนการประเมินผู้ป่วยตามแนวคิดแบบแผนสุขภาพ

๓. ศึกษาค้นคว้าจากตำราเอกสารที่เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยติดสุราที่มีอาการจิตเวชและมีพฤติกรรมก้าวร้าว

๔. วางแผนการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่กำหนดไว้

๕. ติดตามประเมินผลตามที่ได้ปฏิบัติ

๖. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล

๗. เผยแพร่ความรู้จากการทำกรณีศึกษา

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ได้แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยสุราทีมีอาการทางจิตเวชและมีพฤติกรรมก้าวร้าวที่เข้าการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาที่มีประสิทธิภาพ และมาตรฐาน

๒. ผู้ป่วยสุราที่มีอาการทางจิตเวชและมีพฤติกรรมก้าวร้าวได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องแบบองค์รวม สามารถดูแลตนเองได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

๓ สามารถป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยติดสุราที่มีอาการทางจิตเวช

๔.ใช้เป็นเอกสารอ้างอิงทางวิชาการแก่พยาบาลที่มาฝึกอบรมและศึกษาดูงานการบำบัดรักษาผู้ป่วยสุราในโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา

บทที่ ๒

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ความหมายผู้ป่วยติดสุรา

องค์การอนามัยโลก World Health Organization (๒๐๐๔) ให้คำนิยามเกี่ยวกับโรคติดสุราว่าเป็นความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีลักษณะของการดื่มสุราในปริมาณและความถี่มากและดื่มมานานเรื้อรังจนทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ ตลอดจนเศรษฐกิจและสังคม

โรคติดสุรา (alcohol dependence) หมายถึง การดื่มสุรามากกว่าที่สังคมยอมรับนอกเหนือไปจากการดื่มที่ถูกต้องตามประเพณี โดยต้องดื่มเป็นประจำและเพิ่มขนาดขึ้นเรื่อย ๆ ดื่มอย่างอันตราย (hazadous) ดื่มอย่างเป็นปัญหา และถ้าเลิกใช้ก็จะมีอาการอยาก (withdrawal) จึงทำให้ผู้ติดสุราต้องการพึ่งพาสุราเพื่อประคับประคอง เพื่อช่วยให้ทำงานหรือมีชีวิตอยู่ได้ มีความต้องการที่จะดื่มซ้ำอีกเพื่อให้เกิดความรู้สึกดีขึ้นหรือลดความรู้สึกไม่ดี รวมทั้งการดื่มอย่างต่อเนื่องแม้จะมีปัญหาทางกาย จิตใจ การดำเนินชีวิต สังคมและเศรษฐกิจ (พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, ๒๕๕๔)

สาเหตุการติดสุรา/ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตจากสุรา (จินตวีร์พร แป้นแก้ว, ๒๕๕๙)

โรคจิตจากสุราเป็นผลมาจากการดื่มสุราติดต่อกันมาเป็นเวลานานและดื่มในปริมาณที่เพิ่มขึ้นจนติดสุรา ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการติดสุรา มีเหตุปัจจัยหลายๆอย่างมาเกี่ยวข้อง ซึ่งไม่มีสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งอธิบายได้อย่างสมบูรณ์ พอสรุปได้ดังนี้

๑. ปัจจัยด้านชีวภาพ (biological factor)

๑.๑ พันธุกรรม (genetic) พบว่าผู้ป่วยโรคติดสุราส่วนมากมักมีบิดา มารดาเป็นโรคติดสุราเรื้อรัง (alcoholism) มีการศึกษาในบุตรที่เป็นฝาแฝดไข่ใบเดียวกัน พบว่า มีความสัมพันธ์ของการใช้สุราสูงถึงร้อยละ ๕๔ การศึกษาเกี่ยวกับโมเลกุลและพันธุศาสตร์ในผู้ติดสุรา พบว่ามีความผิดปกติของยีนที่เป็นตัวรับสารโดปามีน ดีทู (dopamine D ๒ receptor gene) มีความสัมพันธ์กับภาวการณ์ติดสุราเรื้อรัง ผู้ติดสุราตั้งแต่อายุยังน้อยจะมีความผิดปกติของการออกฤทธิ์ของซีโรโทนิน

๑.๒ กลไกของสารเคมีในระบบประสาท (neurochemical mechanism) เชื่อว่าแอลกอฮอล์ออกฤทธิ์ต่อช่องทางเข้าออกของอิออน (ion channels) ซึ่งเกี่ยวข้องนิโคตินิอะซิติลโคลีน (nicotinic acetylcoline), เซโรโทนินไทป์ทรี (serotonin type ๓) และกาบาไทป์เอ (GABA type A) receptor ออกฤทธิ์กดสมอง (CNS depressant) มีผลต่อการนอนหลับ ทำให้มีการนอนหลับชนิดมีการกรอกของลูกตาอย่างรวดเร็ว (REM sleep) ลดลง และการนอนหลับขั้นที่ ๔ (deep sleep stage ๔) ลดลง ทำให้นอนหลับไม่สนิท และการติดแอลกอฮอล์นั้น มีระดับของเซโรโทนินที่ต่ำกว่าปกติ ซึ่งสาเหตุนี้น่าจะชักนำให้เกิดการติดแอลกอฮอล์เนื่องจากได้รับแอลกอฮอล์จะทำให้มีการเพิ่มระดับเซโรโทนินได้สูงขึ้น จนใกล้เคียงหรือเท่ากับระดับคนปกติภายในระยะเวลาอันสั้น หลังจากนั้นเซโรโทนินจะลดระดับลงอย่างรวดเร็วและกลับไปสู่ภาวะแบบเดิม การมีระดับซีโรโทนินสูงขึ้นแม้ในระยะเวลาอันสั้น แต่ทำให้ผู้ดื่มมีประสบการณ์ของการมีความรู้สึกคลายกังวล เป็นความรู้สึกดี ทำให้ติดใจ และทำให้มีแรงขับให้มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ครั้งต่อๆ ไปอีก เพื่อที่จะได้มีความรู้สึกที่พึงพอใจอีกจนกระทั่งในที่สุดต้องเสพติดและหยุดดื่มไม่ได้

๒. ปัจจัยด้านจิตใจ

เมื่อได้เสพสารเสพติดผู้ป่วยจะมีความรู้สึกพึงพอใจและมีความสุข ในขณะเดียวกันสารเสพติดจะควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวด้วย ซึ่งเท่ากับเป็นแรงเสริมให้ผู้ป่วยเสพสารเพิ่มขึ้น พื้นฐานอารมณ์และบุคลิกภาพที่มีความเสี่ยงต่อการติดคือบุคลิกภาพแบบพึ่งพา โทษตนเอง ขาดความมั่นใจในตนเอง บุคลิกภาพต่อต้านสังคม บุคคลที่มีอารมณ์ไม่มั่นคง เช่น โกรธ เสียใจ เบื่อหน่าย เหงา ก็มีส่วนให้ติดสุราได้

๓. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

การอยู่ในสังคมที่สภาพแวดล้อมที่มีสุรา ปัญหาในครอบครัว โรงเรียน ค่านิยมทางสังคมในการใช้สุรา เศรษฐานะที่ตกต่ำ และการชักชวนของกลุ่มเพื่อน พบว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญทำให้ติดสุรา การเลียนแบบ (social learning) มีบิดามารดาและเพื่อนซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดใช้สารเสพติดให้เห็น ชักจูงผลักดันให้พบเห็นเกิดการเลียนแบบ (จินตวีร์พร แป้นแก้ว, ๒๕๕๙)

อาการ อาการแสดงของผู้ป่วยติดสุรา

ผู้ป่วยโรคติดสุรา จะมีอาการ/อาการแสดงที่สำคัญ ๒ อาการ ดังนี้

๑. อาการเมาสุรา (intoxication) ผู้ติดสุราจะมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง เมื่อดื่มสุราจนเมา คือพูดมาก ซึมเศร้า ก้าวร้าว สมาธิไม่ดี ตื่นเต้น ความจำเสื่อม แยกตัว ร้องไห้ หน้าแดง หน้ามืด บางรายเมื่อเมาสุรามาก สุราจะกดศูนย์ประสาทที่ควบคุมการหายใจ อาจหยุดหายใจและเสียชีวิตได้

๒. อาการขาดสุรา (withdrawal) เป็นอาการที่เกิดขึ้นจากการที่ไม่ได้ดื่มสุรา เมื่อระดับแอลกอฮอล์ในเลือดลดลงจะเกิดอาการขาดสุราขึ้น ส่วนใหญ่อาการจะเริ่มเกิดตั้งแต่ ๖ - ๒๔ ชั่วโมงหลังดื่มครั้งสุดท้ายอาการขาดสุรามีตั้งแต่ระดับน้อยไปจนถึงมาก ไม่ใช่ทุกรายที่จะมีอาการขาดสุรารุนแรง บางรายมีอาการเล็กน้อยแล้วหายไปได้เองโดยไม่ต้องรักษา ความเสี่ยงการเกิดอาการขาดสุรารุนแรงจะเพิ่มขึ้นในผู้ที่ดื่มมานานและดื่มมาก มีการแบ่งระดับความรุนแรงการขาดสุราไว้ตามระยะเวลาที่ผ่านไปของการดื่มสุราครั้งสุดท้าย และไม่ทุกรายที่จะมีอาการครบเรียงไปตามลำดับ ระดับความรุนแรงการขาดสุรา มีดังนี้

๒.๑ การขาดสุราระยะที่ ๑ หรือเล็กน้อย

เกิดได้ตั้งแต่ ๖ ชั่วโมงไปจนถึง ๓๖ ชั่วโมงหลังดื่มครั้งสุดท้าย ระยะนี้อาการไม่รุนแรง ถ้าไม่มีปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือภาวะขาดสุรารุนแรง อาการ มีอาการทางด้านร่างกายเป็นหลัก อาการที่พบบ่อย ได้แก่ มือสั่น เป็นอาการทางกายที่เด่นชัดที่สุด เหงื่อออก ใจสั่น ชีพจรเต้นเร็ว หงุดหงิด วิตกกังวลเล็กน้อย ปวดมึนศีรษะ ความดันโลหิตสูงขึ้นเล็กน้อย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ ผะอืดผะอม อาเจียน นอนไม่หลับ ตรวจสภาพจิตปกติ

๒.๒ การขาดสุราระยะที่ ๒ หรือปานกลางถึงรุนแรง

เกิดในช่วง ๒๔ - ๗๒ ชั่วโมงหลังดื่มครั้งสุดท้าย อาการจะรุนแรงขึ้นโดยมีอาการคล้ายระยะที่ ๑ แต่รุนแรงมากกว่า อาการมีอาการของ autonomic hyperactivity ชัดเจน ชีพจรเต้นเร็ว มากกว่า ๑๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิตสูง มีอาการกระวนกระวาย กระสับกระส่ายมากขึ้น ผุดลุกผุดนั่ง ตัวสั่น มือสั่นมาก เหงื่อออกมาก ไม่อยากอาหาร คลื่นไส้อาเจียน ท้องเสีย ตรวจสภาพจิตมีอาการสับสน หงุดหงิดง่ายและวิตกกังวล

๒.๓ การขาดสุราระยะที่ ๓ หรือรุนแรงเพ้อ (delirium)

เกิดในช่วง ๔๘ – ๙๖ ชั่วโมงหลังดื่มครั้งสุดท้าย ระยะนี้อาการรุนแรงมาก อาการที่สำคัญคือ ภาวะสับสน ไม่รู้วัน เวลา สถานที่ เรียกว่ามี disorientation ร่วมกับอาการขาดสุรารุนแรง กระสับกระส่ายมาก อยู่ไม่นิ่ง เดินไปเดินมา มือสั่น ตัวสั่นมาก ไม่มีสมาธิ เหงื่อออกมาก ไข้สูง ชีพจรเร็ว มักพบอาการทางจิตร่วมด้วย เห็นภาพหลอน หูแว่ว หลงผิด หวาดระแวง กลัว ซึ่งอาการทางจิตนี้ต่างจาก alcohol induced psychosis อาการผู้ป่วยจะดีขึ้นและแย่ลงเป็นพักๆ โดยเฉพาะเวลากลางคืนอาการจะรุนแรงมากขึ้นและสงบลงในเวลากลางวัน (พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, ๒๕๕๔)

อาการ Delirium มักเริ่มตอนเย็นหรือกลางคืน ผู้ป่วยจะมีอาการสับสน ประสาท หลอน เห็นคน จะมาทำร้าย เห็นตำรวจมาจับ หรือรู้สึกมีอะไรมาไต่ตามตัว บางครั้งมีหูแว่วได้ยิน เสียงคนพูด เสียงคนขู่ มีท่าทางหวาดกลัว บางครั้งพูดฟังไม่เข้าใจ ร้องตะโกนหรือหลบซ่อนตัว อาการจะเป็นตลอดทั้งคืน แต่จะทุเลาในช่วงเช้า และปกติดีในตอนบ่าย ซึ่งเป็นการแกว่งไกวของ อาการ (Fluctuation) ญาติมักคิดว่าหายดีแล้ว แต่พอตกตอนเย็นผู้ป่วยจะเริ่มกลับมามีอาการอีก

กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นเป็นจากการเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของสารสื่อประสาทต่าง ๆ ซึ่งอาจแบ่งออกเป็น ๒ ระบบใหญ่ ระบบแรกทำหน้าที่ยับยั้ง ซึ่งพบว่ามีการทำงานลดลง โดยมีGamma Amino Butyric Acid (GABA) และ -๒- Adrenergic activity ลดลง ส่วนระบบที่สองทำหน้าที่กระตุ้นนั้นพบว่ามีการทำงานเพิ่มขึ้นซึ่งส่วนที่สำคัญคือ มี N-methyl-D-aspartate activity เพิ่มขึ้นจากการลดลงของ Magnesium ทำให้เกิดภาวะ Hyperexcitcability นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยมีอาการ Withdrawal อยู่เสมอทำให้บางส่วนของสมองอยู่ใน ภาวะถูกกระตุ้นอยู่เรื่อย ๆ โดยเฉพาะบริเวณ Limbic ภาวะ Hyperexciteability นี้จะถูกผสมมากขึ้น จนถึงจุดหนึ่งทำให้เกิด Alcohol withdrawal seizure และ Delirium เมื่อผู้ป่วยหยุดดื่มสุรา

เครื่องมือในการประเมินอาการขาดสุรา

เครื่องมือที่ช่วยเฝ้าระวังติดตามอาการขาดสุรา มี ๔ แบบ

๑. Alcohol withdrawal scale (AWS) ๗ ข้อ

๒. Clinical Institute Withdrawal Scale for Alcohol – Revised (CIW - Ar) ๑๐ ข้อ

๓. Minneapolis Detoxification Scale (MINDS) ๙ ข้อ

๔. Severity Assessment Scale (SAS) ๘ ข้อ

ผลการทบทวนบทความพบว่ามีการใช้ CIWA - Ar มากกว่า AWS และมีเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นใหม่ คือ SAS แต่เป็นเครื่องมือที่มีลิขสิทธิ์ในการนำไปใช้ แม้ว่า CIWA - Ar เป็นเครื่องมือที่ถือเป็น gold standard อย่างไรก็ตาม AWS น่าจะเป็นเครื่องมือที่เหมาะกับบริบทไทย เพราะใช้สะดวกกว่า จำนวนข้อน้อย มีความเป็นปรนัย และเป็นรูปธรรมมากกว่า

การใช้เครื่องมือเหล่านี้มีสิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือ คะแนนจากการประเมินอาจผิดพลาดได้กรณีมีภาวะแทรกซ้อน ไม่ควรจะยึดคะแนนจากแบบประเมินเพียงอย่างเดียว ควรอาศัยการตัดสินใจทางคลินิก และการสังเกตอื่นร่วมด้วย ที่สำคัญเครื่องมือเหล่านี้ไม่ใช่เครื่องมือในการวินิจฉัยโรคแต่เป็นเครื่องมือที่ช่วยเฝ้าระวังติดตามอาการขาดสุรา

การใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการขาดสุรา (Alcohol Withdrawal Scale: AWS) มีหัวข้อประเมิน ๗ หัวข้อ โดยแต่ละข้อจะมีคะแนน ๐ - ๔ คะแนน ยกเว้นอาการสั่น จะมีคะแนน ๐ – ๓ คะแนน ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงของอาการขาดสุราออกเป็น ๔ ระดับ คือ

มีอาการขาดยาระดับเล็กน้อย (AWS = ๐ – ๔) จะประเมินอาการขาดสุราทุก ๘ ชั่วโมง

มีอาการขาดยาระดับปานกลาง (AWS = ๕ – ๙) จะประเมินอาการขาดสุราทุก ๔ ชั่วโมง

มีอาการขาดยาระดับรุนแรง (AWS = ๑๐ – ๑๔) จะประเมินอาการขาดสุราทุก ๒ ชั่วโมง

มีอาการขาดยาระดับรุนแรงมากที่สุด (AWS = มากกว่า๑๔) จะประเมินอาการขาดสุราทุก ๑/๒ –๑ ชม.

โดยผู้ทำการประเมินอาการขาดสุราคือพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยในขณะนั้น การให้คะแนนอาการขาดสุรา (Alcohol Withdrawal Scale: AWS) ตามหัวข้อประเมิน ๗ หัวข้อ ดังนี้

ITEM ๑: เหงื่อ

- ๐ ไม่มีเหงื่อ
- ๑ ชื้นเฉพาะที่ฝ่ามือ
- ๒ ฝ่ามือชื้นและมีเม็ดเหงื่อเฉพาะตามใบหน้า ตามตัว
- ๓ เหงื่อเปียกชื้นไปทั้งตัว
- ๔ เหงื่อออกอย่างมากจนเสื้อผ้าเปียก

ITEM ๒: สั่น

- ๐ ไม่มีอาการสั่น
- ๑ มีอาการสั่นเฉพาะเวลายื่นมือไปจับสิ่งของหรือถือของ
- ๒ มีมือสั่นเล็กน้อยตลอดเวลา
- ๓ มีมือสั่นเล็กน้อยตลอดเวลา
- ๔ มีมือสั่นอย่างมากตลอดเวลา

ITEM ๓: วิตกกังวล

- ๐ สงบ ไม่มีอาการวิตกกังวล
- ๑ รู้สึกไม่ค่อยสบายใจ
- ๒ รู้สึกหวาดหวั่น ตกใจง่าย
- ๓ วิตกกังวล กลัว สงบได้ยาก
- ๔ ไม่สามารถควบคุมอาการวิตกกังวลได้รวมถึง panic attacks

ITEM ๔: กระสับกระส่าย

- ๐ ปกติ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย
- ๑ งุ่นง่าน อยู่ไม่นิ่ง
- ๒ กระวนกระวายไม่สามารถนอนพักนิ่ง ๆ ได้
- ๓ กระสับกระส่าย เปลี่ยนท่าบ่อย เดินไปมาสามารถนั่งพักหรือนอนพักได้ช่วงสั้น ๆ
- ๔ กระสับกระส่ายอย่างมาก ไม่สามารถอยู่นิ่งได้เลย เดินไปมาตลอดเวลา

ITEM ๕: อุณหภูมิ

- ๐ อุณหภูมิ ๓๗.๐ องศา หรือน้อยกว่า

๑ อุณหภูมิ ๓๗.๑ องศา ถึง ๓๗.๕ องศา

๒ อุณหภูมิ ๓๗.๖ องศา ถึง ๓๘.๐ องศา

๓ อุณหภูมิ ๓๘.๑ องศา ถึง ๓๘.๕ องศา

๔ อุณหภูมิ ๓๘.๖ องศา หรือมากกว่า

ITEM ๖: ประสาทหลอน

๐ ไม่มีประสาทหลอนเลย

๑ มีอาการเห็นสิ่งของรอบข้างบิดเบือนไปเป็นพัก ๆ ยังรู้ตัวว่าไม่ได้เกิดขึ้นจริง

๒ มีประสาทหลอนชัดเจนเกิดขึ้นเฉพาะของบางสิ่งหรือบางเหตุการณ์และเกิดขึ้นช่วงสั้น ๆ ยังคงรับรู้ความเป็นจริงอยู่

๓ มีประสาทหลอนชัดเจนเหมือนข้อ ๒ แต่ไม่เชื่อว่าไม่ใช่เรื่องจริง ยากที่จะให้ยอมรับได้ว่าเป็นประสาทหลอน รู้สึกทุกข์ทรมานกับอาการประสาทหลอนนั้น และยังรับรู้ความเป็นจริงเฉพาะบางเรื่อง

๔ มีประสาทหลอนชัดเจนในหลายเรื่องไม่สามารถรับรู้ความเป็นจริงได้ ผู้ป่วยเหมือนอยู่ในโลกของประสาทหลอน

ITEM ๗: การรับรู้ บุคคล วันเวลา สถานที่

๐ รับรู้บุคคล วันเวลา สถานที่ ได้ดี

๑ รับรู้บุคคลและสถานที่ได้ดี แต่มีปัญหาเรื่องวันเวลา

๒ รับรู้บุคคลได้ดี แต่มีปัญหาการรับรู้สถานที่และวันเวลาเป็นบางครั้ง

๓ มีปัญหาการรับรู้บุคคลบางครั้ง แต่การรับรู้สถานที่และวันเวลาเสียไป

๔ เสียการรับรู้บุคคล สถานที่ วันเวลาไม่ทราบว่าตัวเองอยู่ที่ไหน อยู่กับใคร และไม่รู้วันเวลา

การใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการขาดสุรา Clinical Institute Withdrawal Scale for Alcohol-Assessment Revised (CIWA - Ar)

๑. อาการคลื่นไส้อาเจียน

ถาม “คุณรู้สึกคลื่นไส้ ผะอืดผะอมบ้างไหม?”“อาเจียนไหม?” สังเกต

๐ ไม่มีคลื่นไส้ไม่อาเจียน

๑ คลื่นไส้เล็กน้อย ไม่อาเจียน

๔ คลื่นไส้เป็นพัก ๆ อาเจียนแต่ไม่มีอะไร

๗ คลื่นไส้อยู่เรื่อย ๆ อาเจียนบ่อย

๒. อาการสั่น : ให้เหยียดแขนตรง กางมือออก สังเกต

๐ ไม่มีอาการสั่น

๑ ไม่เห็นแต่รู้สึกว่าปลายนิ้วแต่ละนิ้วมีอาการสั่น

๔ ปานกลาง พบสั่นขณะผู้ป่วยเหยียดแขนตรง

๗ รุนแรง เห็นแม้ขณะไม่เหยียดแขน

๓. การขับเหงื่อ : สังเกต

๐ ไม่เห็นเหงื่อ

๑ ไม่ค่อยเห็นว่าเหงื่อออก แต่ฝ่ามือชื้น

๔ เห็นเหงื่อเป็นเม็ดๆชัดบริเวณหน้าผาก

๗ เหงื่อออกทั้งตัว

๔. อาการวิตกกังวล

ถาม “คุณรู้สึกวิตกกังวลไหม?” สังเกต

๐ ไม่กังวล, ผ่อนคลาย

๑ กังวลเล็กน้อย

๔ กังวลปานกลาง หรือปิดบังทำให้สงสัยว่าน่าจะมี

๗ ตระหนักกลัวรุนแรงมาก

๕. อาการกระวนกระวาย:สังเกต

๐ พฤติกรรมปกติ

๑ กระวนกระวายกว่าปกติเล็กน้อย

๔ ดูกระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง

๗ เดินไปมาขณะตอบคำถาม, หรืออยู่กับที่ไม่ได้เลย

๖. การรับสัมผัสผิดปกติ

ถาม “คุณรู้สึกคันยุบยิบ เหน็บชา ปวดแสบ ปวดร้อน ปวดแปล๊บ ๆ หรือรู้สึกเหมือนกับมีแมลงไต่หรือไชตามผิวหนังบ้างไหม:สังเกต

๐ ไม่มี

๑ คันยุบยิบ เหน็บชา ปวดแสบปวดร้อน ปวดแปล๊บ ๆ เป็นน้อยมาก

๒ คันยุบยิบ เหน็บชา ปวดแสบปวดร้อน ปวดแปล๊บ ๆ เป็นน้อย

๓ คันยุบยิบ เหน็บชา ปวดแสบปวดร้อน ปวดแปล๊บ ๆ เป็นปานกลาง

๔ มีประสาทหลอนทางสัมผัสค่อนข้างน้อย

๕ มีประสาทหลอนทางสัมผัสมาก

๖ มีประสาทหลอนทางสัมผัสค่อนข้างมาก

๗ มีประสาทหลอนอยู่ตลอด

๗. การรับรู้ทางเสียงผิดปกติ

ถาม “รู้สึกว่าคุณพะวงเกี่ยวกับเสียงรอบตัวมากกว่าเดิมไหม? เสียงทำให้กลัวไหม ? คุณได้ยินเสียงบางอย่างที่รู้สึกว่ารบกวนมากไหม? คุณได้ยินเสียงที่รู้ว่าไม่มีตัวตนจริงๆไหม?” สังเกต

๐ ไม่มีเสียง

๑ เสียงระคายหูหรือทำให้กลัวน้อยมาก

๒ เสียงระคายหูหรือทำให้กลัวน้อย

๓ เสียงระคายหูหรือทำให้กลัวปานกลาง

๔ มีอาการหูแว่วค่อนข้างรุนแรง

๕ มีอาการหูแว่วรุ่นแรงมาก

๖ มีอาการหูแว่วรุนแรงมากอย่างชัดเจน

๗ มีอาการหูแว่วอยู่ตลอดเวลา

๘. การรับรู้ทางตาผิดปกติ

ถาม“รู้สึกว่าแสงไฟที่เห็นสว่างจ้าเกินปกติไหม? สีเปลี่ยนไปไหม? ทำให้รู้สึกแสบเคืองตาไหม? มีเห็นอะไรที่แปลกๆไหม? สังเกต

๐ ไม่มี
๑ ไวต่อแสงกว่าปกติน้อยมาก
๒ ไวต่อแสงกว่าปกติเล็กน้อย
๓ ไวต่อแสงกว่าปกติปานกลาง
๔ อาการประสาทหลอนค่อนข้างรุนแรง
๕ อาการประสาทหลอนรุนแรง
๖ อาการประสาทหลอนรุนแรงมาก
๗ มีประสาทหลอนอยู่ตลอด

๙. ปวดศีรษะ

ถาม “มีปวดมึนศีรษะบ้างไหม? รู้สึกเหมือนมีอะไรมารัดรอบศีรษะไหม?” ไม่รวมอาการวิงเวียน งง ๆ สังเกตตามความรุนแรงของอาการ

๐ ไม่มี
๑ มีน้อยมาก
๒ มีน้อย
๓ ปานกลาง
๔ ค่อนข้างรุนแรง
๕ รุนแรง
๖ รุนแรงมาก
๗ รุนแรงที่สุด

๑๐. การรับรู้เวลาสถานที่

ถาม “วันนี้วันอะไร? ขณะนี้คุณอยู่ที่ไหน? คิดว่าผู้ตรวจเป็นใคร?

๐ ตอบได้ตรง
๑ ตอบได้ไม่แน่นอนเรื่องวัน
๒ ตอบผิดเรื่องวัน แต่ผิดพลาดไม่เกิน ๒ วัน
๓ ตอบวันผิดมากกว่า ๒ วัน
๔ ตอบผิดด้านสถานที่และ/หรือบุคคล

การแปลผล

มีเกณฑ์ในการแปลผลตามคะแนนดังนี้

มีอาการขาดยาระดับเล็กน้อย (CIWA-Ar = ๑ – ๙) จะประเมินอาการขาดสุราทุก ๘ ชม.

มีอาการขาดยาระดับปานกลาง (CIWA-Ar = ๑๐ – ๑๔) จะประเมินอาการขาดสุราทุก ๔ ชม.

มีอาการขาดยาระดับรุนแรง (CIWA-Ar = ๑๕ – ๑๘) จะประเมินอาการขาดสุราทุก ๒ ชม.

มีอาการขาดยาระดับรุนแรงมากที่สุด (CIWA-Ar = มากกว่า๑๙) จะประเมินอาการขาดสุราทุก ๑/๒ –๑ ชม.

ตารางที่ ๑ การประเมินอาการขาดสุราและการให้ยา

AWS	CIWA-Ar	การแปลผล	การให้ยา
๑-๔ คะแนน	๑-๙ คะแนน	มีอาการขาดสุราเล็กน้อย	อาจไม่จำเป็นต้องให้ยา
๕-๙ คะแนน	๑๐-๑๔ คะแนน	มีอาการขาดสุราปานกลาง	การรักษาด้วยยายาช่วยลดโอกาสการเกิดอาการขาดสุรารุนแรง
๑๐-๑๔ คะแนน	๑๕-๑๘ คะแนน	มีอาการขาดสุรารุนแรง	ต้องได้รับการรักษาด้วยยาและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด
มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๕ คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๙ คะแนน	มีอาการขาดสุรารุนแรงมาก	ต้องให้การรักษาด้วยยาขนาดสูงเพื่อทำให้อาการสงบอย่างรวดเร็ว

ที่มา : อังกูร ภัทรากร, และคณะ(บรรณาธิการ), ๒๕๕๙.

การวินิจฉัยภาวะติดสุรา

ตามเกณฑ์ DSM – IV (Diagnostic and Statistical Manual Disorder Fourth Edition) คือรูปแบบการดื่มสุราที่ไม่เหมาะสมนำไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ ซึ่งแสดงออก ๓ อาการหรือมากกว่า ในเวลาใดก็ตาม ในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมา

๑. มีการดื้อยา ซึ่งมีนิยามอย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้

ก. มีความต้องการเพิ่มขึ้นอย่างมากเพื่อให้เกิด intoxication หรือผลอื่นที่ต้องการ

ข. ฤทธิ์จากการดื่มลดลงอย่างมากหากยังคงดื่มเท่าเดิม

๒. มีอาการขาดยา ซึ่งมีนิยามอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้

ก. มีอาการขาดสุรา (อาการขาดสุรา)

ข. การดื่มสุรา (หรือสารใกล้เคียง) สามารถลดหรือกำจัดอาการขาดสุราได้

๓. มีการดื่มสุราในปริมาณมากหรือเป็นเวลานานกว่าที่ตั้งใจ

๔. มีความต้องการดื่มอยู่ตลอดเวลา หรือไม่สามารถหยุดหรือควบคุมการดื่มได้

๕. ใช้เวลาอย่างมากในการกระทำเพื่อหาสุรามาดื่ม ในการดื่ม หรือในการฟื้นจากการเมาสุรา

๖. ต้องงดหรือลดการเข้าสังคม การงานหรือการหย่อนใจอื่นๆเนื่องจากการดื่ม

๗. คงยังดื่มอยู่ แม้จะทราบว่าโอกาสก่อหรือกระตุ้นปัญหาทางร่างกายหรือจิตใจที่มีอยู่แล้วให้เกิดขึ้นเช่นดื่มสุราแม้ทราบว่าสุราจะทำให้แผลในกระเพาะอาหารแย่ลง หรือทำให้เกิดอาการหูแว่ว

ผลกระทบและโรคที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา

การดื่มสุราติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน ทำให้ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ติดสุรา ครอบครัวและสังคม เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขเนื่องจากเกิดผลกระทบโดยตรง และเกิดภาวะโรคที่ต้องแก้ไขดูแลในระยะยาว ผลกระทบและความผิดปกติที่เกี่ยวกับการดื่มสุรา จำแนกดังต่อไปนี้

๑. ผลกระทบทางร่างกาย อวัยวะต่าง ๆ

๑.๑ ผลกระทบต่อทางเดินอาหาร กระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก

สุราจะกระตุ้นให้มีการหลั่งกรดและน้ำย่อยในกระเพาะอาหารออกมามากขึ้น ทำให้ระคายเคือง และเกิดอาการอักเสบของเยื่อบุกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก เมื่อเกิดการอักเสบเรื้อรัง ทำให้การดูดซึมอาหารลดลง เป็นผลทำให้ร่างกายขาดสารอาหารและวิตามินหลายชนิด เช่น วิตามินบีหนึ่งเป็นต้น นอกจากนี้ยังทำให้กระเพาะอาหารเป็นแผล เกิดโรคแทรกซ้อน ตลอดจนมีอาการท้องอืด ปวดท้อง ท้องเสีย ท้องผูก เบื่ออาหาร และอาจอาเจียนเป็นเลือดได้ สุราทำให้เกิดโรคหลอดอาหารอักเสบ (esophagitis) กระเพาะอาหารอักเสบ (gastritis) กระเพาะอาหารเป็นแผล (achlorhyria gastric ulcers) หลอดเลือดดำโป่งพองบริเวณหลอดอาหารส่วนปลาย (Esophageal varices) โรคตับอ่อนอักเสบ (pancreatitis) โรคมะเร็งตับอ่อน(pancreatitis cancer) โรคขาดวิตามินอย่างรุนแรง (serious vitamin deficiency) เช่น วิตามินบี ๑ วิตามินบี ๑๒ Folic acid Niacin เป็นต้น

๑.๒ ผลกระทบต่อตับอ่อน

สุรามีผลทำให้น้ำย่อยของตับอ่อนเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดการอุดตันของท่อในตับอ่อน เป็นเหตุให้น้ำย่อยของตับอ่อนเพิ่มขึ้นไม่สามารถออกไปได้ จึงเป็นต้นเหตุให้ตับอ่อนอักเสบ ซึ่งจะมีอาการแน่นท้อง ท้องอืด ท้องเฟ้อ อาหารไม่ย่อย ปวดท้องบริเวณลิ้นปี่หรือระดับสะดือมาก คลื่นไส้ อาเจียน ไข้ขึ้นสูง อาจเป็นเหตุให้ตายได้

๑.๓ ผลกระทบต่อตับ

สุราเป็นสาเหตุให้ไขมันสะสมในตับ เป็นเหตุให้เซลล์ของตับตายแล้วเกิดแผลเป็นมีพังผืดบางๆ เกิดขึ้นในบริเวณนั้นเกิดตับอักเสบจะมีการทำลายเซลล์มากขึ้น จนกลายเป็นตับแข็งจากสุรา (Alcoholic Liver Cirrhosis) อาจนำไปสู่การเป็นมะเร็งที่ตับได้ ผู้ที่ตับอักเสบจากพิษสุราจะมีอาการไข้สูง ดีซ่าน เจ็บปวดบริเวณใต้ชายโครงขวา คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ตับโตและอาจเสียชีวิตได้

๑.๔ ผลกระทบต่อระบบเมตาบอลิกและต่อมไร้ท่อ

สุราทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำลงจนถึงทำให้หมดสติและจนเป็นอันตรายถึงชีวิต เนื่องจากสุราสกัดกั้นการสร้างน้ำตาลกลูโคสจากไกลโคเจนในตับ ในทางตรงกันข้ามสุราสามารถทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นหรือมีอาการเบาหวานได้ เนื่องจากมีการทำลายเซลล์ของตับอ่อนซึ่งสร้างอินซูลิน (Insulin) ให้แก่ร่างกาย

๑.๕ ผลกระทบต่อไต

สุราทำให้กรดแลคติค (Lactic) ในเลือดสูงขึ้นเป็นเหตุให้การขับถ่ายกรดยูริกทางไตน้อยลง ระดับยูริกในเลือดจึงสูงขึ้นและตกตะกอนในส่วนต่างๆ ของร่างกายทำให้เกิดการอักเสบ เช่น เกิดการอุดตันในท่อไตและไตอักเสบ ตลอดจนข้ออักเสบที่เรียกว่า เกาต์ (Gout) เป็นต้น นอกจากนี้สุรายังกระตุ้นการหล่อเลี้ยงของเลือดที่ไต และสกัดกั้นการหลั่งฮอร์โมนแอนติไดยูเรติก (Antidiuretic Hormone) จากต่อมหมวกไต ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ทำหน้าที่เก็บน้ำไว้ในร่างกาย เป็นเหตุให้มีการถ่ายปัสสาวะเพิ่มขึ้นจากปกติ ทำให้ฮอร์โมน cortisol สูงขึ้นและไม่สามารถ suppress ได้ในเพศชายฮอร์โมน testosterone จะต่ำลง แต่ฮอร์โมน estrogen สูงขึ้นทำให้อัณฑะฝ่อ (testicular atrophy) มีเต้านม (gynecomastia) ในเพศหญิงรังไข่จะไม่ทำงาน (ovarian failure)

๑.๖ ผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลาง

สุราจะไปกดการทำงานของสมอง ทำให้เกิดผลต่อความรู้สึก การรับรู้ ความไวต่อกลิ่นและรสเสื่อม หูอื้อ ตาลาย ความสามารถในการแยกความเข้มของแสงลดลง โดยเฉพาะแสงสีแดง การคาดคะเนความเร็วและระยะทางของวัตถุต่ำกว่าความเป็นจริง เป็นสาเหตุให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย นอกจากนี้ความไวในการเจ็บปวดก็น้อยลง เพราะสุรามีฤทธิ์เหมือนยาสลบ และยังเป็นเหตุให้กล้ามเนื้ออ่อนกำลังลงและทำงานไม่ประสานกัน ผู้ดื่มสุราจึงพูดไม่ชัดเหมือนคนลิ้นไก่สั้น เดินไม่ตรงทางหรือบางครั้งถึงกับเดินไม่ได้ เพราะเกิดเป็นตะคริวบ่อยๆ มีอาการชาตามปลายมือและปลายเท้า ทั้งนี้ก็เพราะขาดวิตามินบีหนึ่งนั่นเอง

๑.๗ ผลต่อหัวใจและการไหลเวียนของเลือด

สุราทำให้เกิดภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจ (alcohol heart failure) โดยจะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจบวมโต การเต้นของหัวใจผิดปกติเหนื่อยง่ายใจสั่นอาจทำให้เกิดภาวะหัวใจวาย (congestive heart failure) เนื่องจากแอลกอฮอล์จะทำให้การสังเคราะห์ไขมันพวกไตรกรีเซอร์ไรด์สูง และจะยับยั้งการสังเคราะห์โปรตีนของกล้ามเนื้อหัวใจทำให้สมรรถภาพการทำงานลดลง ทำให้ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นผิดปกติฉับพลัน (cardiac arrhythmia) ที่เรียกกันว่า holiday syndrome ทำให้เกิด cardiomyopathy

๑.๘ ผลต่อโรคต่างๆ

สุรามีส่วนสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็ง เช่น มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งตับ ทำให้ภูมิต้านทานของร่างกายต่ำลง เป็นเหตุให้ผู้ดื่มสุรามีโอกาสเป็นโรคปอดบวมและติดเชื้ออื่น ๆ ได้ง่ายกว่าผู้ไม่ดื่ม

๒. ผลกระทบทางด้านจิตใจ อารมณ์

โรคติดสุรามีผลต่อจิตใจ อารมณ์ กระบวนการคิด ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Depressive Disorder) ภาวะวิตกกังวล และบุคลิกภาพแปรปรวนแบบต่อต้านสังคม (Antisocial Personality Disorder) สุราก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตเวชเรื้อรัง โรคจิตเภท (Schizophrenia) ผลต่ออารมณ์ สุราทำให้ขาดความยับยั้งในการพูดและการแสดงออก ผู้ที่ดื่มสุราจึงมักจะพูดจาไม่สุภาพ กริยาก้าวราว กล้าและยอมรับการเสี่ยงมากขึ้น มีอารมณ์เคลิ้มฝัน การตัดสินใจและปฏิกิริยาตอบสนองช้าลง ตลอดจนประสาทรับความรู้สึก และสติปัญญาเสื่อมลง

๓. ผลกระทบทางด้านครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ

สุราทำให้ขาดสติ ผู้ป่วยติดสุราบางรายมีพฤติกรรมรุนแรงไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ก่อให้เกิดการทะเลาะวิวาทในครอบครัว การทำร้ายร่างกายกันในครอบครัว การหย่าร้าง เกิดการทะเลาะวิวาทกับเพื่อน มีคดีความด้านการทะเลาะวิวาท มีคดีความด้านการสูญเสียทรัพย์ มีคดีความด้านความผิดทางเพศ ผลกระทบทางเศรษฐกิจที่พบในผู้ป่วยติดสุรา มักมีการขาดงานหรือหยุดงานบ่อยๆ มีความผิดพลาดในการทำงานซ้ำๆบ่อยๆเป็นผลเสียอาจทำให้ขาดรายได้ในครอบครัว นำไปสู่การทะเลาะวิวาทในครอบครัว ผลกระทบทางสังคมที่เกิดขึ้นจากผู้ติดสุรามักพบมาจากการเกิดอุบัติเหตุทางจราจร ปัญหาอาชญากรรม การทารุณกรรมทางเพศ เป็นต้น

แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเวชจากสุรา

การดื่มสุราจนติดก่อให้เกิดอาการทางจิตเวชเพราะฤทธิ์แอลกอฮอล์จะทำให้เกิดอาการทางจิต ซึ่งเป็นโรคจิตที่เกิดจากพิษสุรา โดยที่ผู้ที่ดื่มหนักเป็นเวลานานและหยุดดื่มในทันทีหรือภายใน ๔๘ ชั่วโมงจะเกิดอาการ Alcohol Withdrawal delirium ถ้าหากดื่มสุราต่อ หากไม่ได้รับการรักษาอาจเกิดอาการขาดสุรารุนแรง Delirium Tremens มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน สับสน เอะอะอาละวาท เพ้อคลั่งได้ โรคจิตจากสุรามีสาเหตุจากการเสพสุราในปริมาณมากและเป็นเวลานาน ซึ่งสุราจัดเป็นเครื่องดื่ม แอลกอฮอร์ที่มีส่วนประกอบของเอทธิลแอลกอฮอล์ (Ethyl Alcohol) ซึ่ง เป็นสารที่ออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง และออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ทำให้เกิดอาการมึนเมาและการดื่มสุราเป็นระยะเวลานาน ๆ ทำให้เกิดภาวะพึ่งสุราหรือติด สุราและมีอาการของโรคจิตจากสุรา ซึ่งมีการศึกษาพบว่า ร้อยละ ๔๓ ของที่ผู้ติดสุราจะมีอาการของ โรคจิตจากสุรา (สรายุทธ์ บุญชัยพานิชวัฒนา และคณะ, ๒๕๖๔)

โรคจิตจากสุรา เป็นโรคทางจิตเวชในกลุ่มโรคที่สัมพันธ์กับการใช้สาร (Substance related disorders) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition (DSM-IV]) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, ๑๙๙๔) โรคจิตจากสุราเกิดขึ้นเนื่องจากการดื่มสุราอย่างผิดปกติ ในปริมาณมากเป็นระยะเวลานานหลายสัปดาห์ หรือหลายเดือน ผู้ป่วยจะมีอาการวิตกกังวล ซึม หดหู่ หรือหงุดหงิด นอนหลับๆ ตื่นๆ และบางรายอาจมีประสาทหลอนซึ่งมีลักษณะไม่เด่นชัดและจะอยู่ไม่นาน และ อาจเกิดอาการ Alcohol withdrawal delirium ถ้าหากมีการดื่มสุราต่อและไม่ได้รับการรักษาหรืออาจ เกิดอาการ Delirium tremens หรือมีอาการ Alcohol hallucinosis โดยมากเริ่มอาการภายใน ๓ ชั่วโมง หลังจากหยุดดื่มลักษณะอาการเด่นจะเป็นประสาทหลอน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นเสียงแว่ว เช่น เสียงนาฬิกา เสียงรถยนต์ เสียงระฆัง เสียงคนพูดกัน หรือพูดข่มขู่ผู้ป่วย และอาจมีอาการแทรก ซ้อนทางกายจะมีเหงื่อออกมาก อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น และอาจเกิดอาการชักได้ ๒๓ วัน หลังการหยุดดื่มสุรา จากการขาดสารแอลกอฮอล์ในกระแสเลือด ภาวะนี้เป็นภาวะ ฉุกเฉินที่ต้องการการรักษาด่วน ถ้าไม่ได้รักษาอาจจะเกิดภาวะสารเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล เกิดภาวะขาดน้ำ (สรายุทธ์ บุญชัยพานิชวัฒนา และคณะ, ๒๕๖๔)

สรุปคือ โรคจิตจากสุรา เป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่งที่เกิดจากการเสพติดสุราในปริมาณมากและต่อเนื่องเป็นเวลานาน จนมีอาการทางจิต เช่น อาการประสาทหลอน กระวนกระวาย หงุดหงิด ก้าวร้าว อาละวาด มีความวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ฝันร้าย และอาจมีอาการแทรกซ้อนทางกายจะมีเหงื่อออกมาก อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น และต้องเข้ารับการรักษาอาการทางจิตหรืออาการของโรคจิตจากสุรา

การวินิจฉัยโรคจิตจากสุรา

การวินิจฉัยโรคจิตจากสุรา ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorder Fourth Edition [DSM -IV]) และใช้การ code แบบ International Classification Diagnostic, ๑๙๙๙[ICD-๑๐] ซึ่งให้ความสำคัญของอาการในเวลาช่วงใดก็ตาม

ในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมา (American Psychiatric Association, ๑๙๙๔) การวินิจฉัยนี้ได้แบ่งเป็น ๒ ประเภท คือ

๑ ความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่ม (Alcohol Use Disorders) ซึ่งประกอบไปด้วย F๑๐.๑ พฤติกรรมการดื่มสุราจนเกิดโทษต่อสุขภาพ (Alcohol Abuse) และF๑๐.๒ โรคติดสุรา (Alcohol Dependence)

๒ ความผิดปกติเกิดขึ้นจากผลของสุรา (Alcohol Induced Disorders) ซึ่งประกอบไป ด้วย F๑๐.๐ ความผิดปกติจากพิษสุรา (Alcohol Intoxication) F๑๐.๕ โรคจิตจากสุรา (Alcoholic Psychosis)

ในการศึกษานี้ ผู้เสพติดสุราได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคจิตจากสุรา (Alcoholic Psychosis: F๑๐.๕) มีเกณฑ์วินิจฉัยตาม DSM IV ดังนี้

๑. มีอาการประสาทหลอนหรือหลงผิดที่เด่นชัด

๒. มีหลักฐานจากประวัติการตรวจร่างกาย หรือผลทางห้องปฏิบัติการว่า ความผิดปกตินี้เป็นผลโดยตรงด้านสรีระวิทยาจากการดื่มสุราในช่วง ๑ เดือน (ให้ระบุว่า อยู่ในช่วงเมาสุรา หรือขาดสุรา)

๓. ความผิดปกตินี้ไม่ใช่โรคจิตเวชอื่นๆ ได้แก่ มีอาการเกิดก่อนการติดสุรา หรืออาการยังคงอยู่เป็นระยะเวลานาน หลังจากหมดภาวะเมาสุรา หรือมีอาการมากเกินกว่าที่ควรจะเป็นเมื่อเปรียบเทียบกับปริมาณหรือระยะเวลาที่ดื่มสุรา หรือมีหลักฐานอื่นที่แนะว่า โรคจิตไม่ขึ้นกับการดื่มสุรา

๔. ความผิดปกติไม่ได้เกิดในช่วง delirium โรคจิตที่เกิดจากแอลกอฮอล์ชนิดหลงผิดเด่น (Alcoholic psychotic with delution) (Alcoholic paranoia) มีอาการหลงผิดเป็นอาการเด่น

พฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive)

พฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมที่แสดงออกอย่างรุนแรง ทั้งทางวาจาหรือทางกาย ซึ่งเกิดจาก ความคับข้องใจ/ไม่สมหวัง/ความโกรธ หรือถูกระราน อาจแสดงออกกับบุคคลอื่นกับตนเอง หรือสิ่งแวดล้อม (ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย, ๒๔๕๗; สมภพ เรืองตระกูล, ๒๕๔๘)

ความรุนแรงจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดและผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวช สภาพแวดล้อมที่มีความตึงเครียดสูง วุ่นวายผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการต่างมีความวิตกกังวลใจ ปัจจัยเหล่านี้ ล้วนเสริมให้เกิดความเสี่ยงที่จะเกิดความรุนแรงมากขึ้น (มาโนช หล่อตระกูล ,๒๕๕๙) เนื่องจากยาเสพติดทั้งหลาย เมื่อเกิดการเสพติดจะมีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้เสพ ซึ่งทำให้ลักษณะ และความประพฤติของผู้เสพยาเสพติดเปลี่ยนไปจากเดิม อารมณ์ฉุนเฉียว หงุดหงิดง่าย เอาแต่ใจตัวเอง อุปนิสัยเปลี่ยนไป เช่น จากเป็นคนเรียบร้อย เชื่อฟัง กลายเป็นคนก้าวร้าว ดุดัน หงุดหงิด โมโหง่าย

พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยติดสุรา

พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยติดสุราเกิดขึ้นเนื่องจากสุราเป็นพิษต่อสมอง ทำให้เกิดการทำลายเนื้อสมองในผู้ที่ดื่มเป็นประจำหรือผู้ติดสุรา ส่งผลให้สมองทำงานประสิทธิภาพลดลง โดยเฉพาะสมอง

ในส่วนการตัดสินใจ การใช้เหตุผล การยับยั้งชั่งใจ การวางแผน และการเข้าใจบกพร่องลง ทำให้เกิดการแปลการรับรู้ที่มีผิดเพี้ยนไป จึงนำไปสู่พฤติกรรมก้าวร้าว การเปลี่ยนแปลงสารเคมีในสมอง ได้แก่ ระดับสารเซโรโตนิน (serotonin) ลดลง ทำให้เกิดให้เกิดอาการทางจิต คือ หูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด หวาดระแวง ซึ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ นอกจากนี้ระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรล (testosterone) ในเพศชายที่สูงขึ้นทำให้มีพฤติกรรมก้าวร้าวขึ้นได้ (ทานตะวัน สุระเดชาสกุล, ๒๕๕๖)

การประเมินความรุนแรงที่เป็นสัญญาณเตือนของพฤติกรรมรุนแรง

๑. การแสดงออกทางสีหน้า

- สีหน้าบึ้งตึง โกรธท่าทางไม่พอใจ แววตาไม่เป็นมิตร
- กัดกรามแน่น ดวงตาเปิดกว้าง และแข็งกร้าว
- ท่าทางเครียดไม่ผ่อนคลาย

๒. การเคลื่อนไหวและการกระทำ

- กระวนกระวายอยู่ไม่นิ่ง เดินไปเดินมา ตัวเกร็ง กำมือแน่น กำหมัด
- กระแทกหรือกระทำด้วยความรุนแรง
- หยุดการกระทำที่ทำอยู่อย่างกระทันทีทันใด

๓. การแสดงออกทางคำพูด

- เงียบเฉยผิดปกติ
- โต้ตอบด้วยน้ำสียงห้วน ๆ
- พูดก้าวร้าวด่าคำหยาบ วิจารณ์ ตำหนิติเตียน สาปแช่ง พูดในแง่ร้าย
- การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกและอารมณ์อย่างทันทีทันใด

๔. ประเมินประวัติพฤติกรรมรุนแรงจากญาติหรือผู้นำส่ง

๕. ประวัติการใช้สารเสพติด Intoxication, Delirium tremens, Drug overdose

การจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงและการรักษาพฤติกรรมก้าวร้าว

๑. การหาข้อมูลผู้ป่วย

๒. การแยกผู้ป่วยออกจากสถานการณ์อื่น ลดสิ่งกระตุ้น

๓. การสนทนากับผู้ป่วย

๓.๑ พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยท่าทางที่เป็นมิตร สงบ จริงใจ ให้เกียรติ ยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วย

๓.๒ ให้ผู้ป่วยได้ระบายความคิด ความรู้สึกโดยการพูด พร้อมรับฟังอย่างใส่ใจ อาจสะท้อนความรู้สึกได้ตามความเหมาะสม

๓.๓ พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล มั่นคง ชัดเจน ไม่โต้เถียง หลีกเลี่ยง การตอบรับหรือ ปฏิเสธ เรียกชื่อผู้ป่วยถูกต้อง ชัดเจน แสดงถึงความใส่ใจ

๔. การใช้ยา

๔.๑ Benzodiazepine เช่น Diazepam

๔.๒ Antipsychotic เช่น Haloperidol, CPZ, Olanzapine

๕. การจำกัดพฤติกรรม

- วิเคราะห์ถึงปัจจัยความก้าวร้าว ทั้งทางชีวภาพ ทางด้านจิตใจ และทางด้านสังคม ประเมินความรุนแรงของอาการ ทำการรักษาตามสาเหตุ

- การรักษาด้วยยาบางชนิด เพื่อควบคุมอาการ ลดความก้าวร้าว

- จิตบำบัด พูดคุยให้คำปรึกษา ปรับเปลี่ยนกระบวนการคิดและพฤติกรรม โดยให้เรียนรู้วิธีควบคุมอารมณ์ของตัวเอง การแสดงออกที่เหมาะสม การใช้หลักเหตุผลต่างๆที่เหมาะสม

การรักษาผู้ป่วยติดสุรามีอาการทางจิตเวชและมีพฤติกรรมก้าวร้าว

การบำบัดรักษาผู้ติดสุราที่มีอาการทางจิตเวช ผู้บำบัดจำเป็นต้องเข้าใจสาเหตุของการติดสุราเพื่อให้มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ติดสุราและเพื่อให้การบำบัดรักษาครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้ติดสุราตลอดจนสามารถป้องกันหรือให้การดูแลรักษาเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม และมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดการติดสุราอย่างต่อเนื่อง โดยมีวัตถุประสงค์ของการรักษาผู้ติดสุรามี ๔ ด้าน ได้แก่

๑. ให้ผู้ป่วยลด ละ เลิก การดื่มสุรา

๒. รักษาภาวะแทรกซ้อนทางกายและทางจิต

๓. ป้องกันการกลับไปดื่มใหม่

๔. ฟื้นฟูจิตใจ หน้าที่การงาน สังคม

การบำบัดรักษาที่ค่อนข้างยุ่งยากซับซ้อนเนื่องจากผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีอาการทางจิตเวชส่วนใหญ่หลังการบำบัดมักจะมีการกลับมารักษาซ้ำ (พิชัย แสงชัยชาญ, ๒๕๕๒) ดังนั้นการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคติดสุรามีรูปแบบที่หลากหลายวิธี เพื่อป้องกันอาการขาดสุราหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดอย่างทันท่วงที เป้าหมายสูงสุดเพื่อให้ผู้ป่วยโรคสุราหยุดดื่มสุราได้นานที่สุด จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การบำบัดดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรามีอาการทางจิตเวชและมีพฤติกรรมก้าวร้าว แบ่งออกเป็น ๓ ระยะ ดังต่อไปนี้

๑ ระยะเฉียบพลัน (Acute Phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยติดสุรามีอาการรุนแรงหรือมีปัญหาจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่จำเป็นต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด การบำบัดดูแลในระยะนี้ คือการบำบัดดูแลระยะขาดสุรา เมื่อผู้ป่วยโรคติดสุราหยุดดื่มสุรา ถ้าหยุดดื่มกะทันหันจะทำให้เกิดอาการทุกข์ทรมานต่างๆ มักเกิดขึ้นหลังลดหรือหยุดดื่มสุราใน ๖ – ๒๔ ชั่วโมง มีอาการคงอยู่ ๔๘ – ๗๒ ชั่วโมง ส่วนอาการขาดสุราระดับรุนแรงมักเกิดขึ้นหลังลดหรือหยุดดื่ม ๗ – ๔๘ ชั่วโมง เกิดอาการขาดสุราเช่นอาการชัก อาการสับสน เพ้อคลั่ง (Delirium Tremens) การป้องกันหรือรักษาดูแลภาวะแทรกซ้อนทางกายและจิตโดยการให้ยาลดอาการชักและยาต้านซึมเศร้าร่วมกับการให้ยาบำรุงประสาท สารน้ำและเกลือแร่ และให้การดูแลตามอาการ ยาที่ใช้ในปัจจุบันสรุปได้ดังนี้ ยาในกลุ่ม Benzodiazepine เช่น Diazepam ๔ – ๔๐ mg/day หรือ Lorazepam ๒-๓ mg/day ในรายที่มีอาการเครียด ยาต้านโรคจิตเช่น Haloperidol, Chlopromazine, Thioridazine ในรายที่มีอาการทางจิตเวช โดยดูอาการที่เกิดขึ้นซึ่งแต่ละรายจะใช้ขนาดยาไม่เท่ากันโดยพิจารณาเป็นรายๆไป ยาต้านซึมเศร้าได้แก่ยา tricyclic antidepressant เช่น nortryptyline desipramine หรือในกลุ่มอื่น เช่น fluoxetine ซึ่งนอกจากจะช่วยลดอาการซึมเศร้าแล้ว ยังช่วยลดอาการขาดสุราบางอย่างได้เช่นง่วงนอน หลับมาก หิวบ่อย กินจุ ยากล่อมประสาทท (minor tranguilizer) คือ chlordiazepoxide ๒๕ – ๕๐ mg วัน

ละ ๔ ครั้ง แล้วลดยาลงร้อยละ ๒๐ ภายในเวลา ๕ วัน ให้ยาต้านโรคจิตจนกว่าอาการทางจิตเวชดีขึ้น

๒ ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจและสังคม เป็นการบำบัดดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราหลังการได้รับการดูแลผ่านระยะขาดสุราแล้ว ไม่มีอาการขาดสุรา ไม่มีอาการถอนพิษสุรา อาการทางจิตเวชสงบลงจนไม่มีอาการ กระบวนการคิดการตัดสินและการรับรู้เป็นปกติซึ่งกระบวนการดูแลระยะฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจและสังคมและระยะนี้เป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยโรคติดสุรากับสู่สังคมและสิ่งแวดล้อมเดิมได้และสามารถจัดการพฤติกรรมการดื่มสุรากับตนเองได้ให้นานที่สุดและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่กลับมารักษาซ้ำด้วยปัญหาการดื่มสุราซึ่งแนวทางในการบำบัดดูแลระยะฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจและสังคมมีรายละเอียดดังนี้

๒.๑ พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) การบำบัดพฤติกรรมทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยใช้หลักพฤติกรรมบำบัดประกอบด้วยการฝึกทักษะ การฝึกอาชีพ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมทางสังคม นันทนาการ การเข้าชมรมต่างๆรวมถึงการเข้าชมรมปลอดสุรา

๒.๒ การบำบัดแบบสั้น (brief intervention) เป็นการบำบัดผู้ติดสุราชนิดหนึ่งที่เน้นให้ผู้ติดสุราเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา ใช้เวลาในการบัดสั้นประมาณ ๑ – ๓ ครั้ง เพียง ๒ – ๓ ชั่วโมง ซึ่งมีการบำบัด ๗ ขั้นตอน คือขั้นแรกเริ่มต้นด้วยการประเมิน (assessment) พฤติกรรมการดื่มสุรา ปัจจัยตัวกระตุ้น ปัจจัยเหตุพฤติกรรมการดื่มสุรา ขั้นที่สองการให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) สะท้อนให้ผู้ติดสุราได้รับรู้พฤติกรรมของตนเองหรือผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้น ขั้นที่สามความรับผิดชอบ (responsibility) ขั้นที่สี่ การแนะนำ (advice) ถึงแนวทางการเปลี่ยนแปลง ขั้นที่ห้าการให้รายการที่เปลี่ยนแปลง (menu of change) ขั้นที่หกความเข้าใจเห็นใจ (empathy) ขั้นสุดท้าย การรับรู้ความสามารถ (self – efficacy)

๒.๓ ครอบครัวบำบัด (family therapy) เป็นการบำบัดที่เน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา โดยมีผู้บำบัดเป็นผู้ช่วยให้เกิดความเข้าใจกันระหว่างผู้ติดสุราและครอบครัว ทำให้ผู้ติดสุราเกิดกำลังใจและได้รับการสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา

๒.๔ กลุ่มบำบัด (group therapy) คือการบำบัดด้วยกระบวนการกลุ่มมีวัตถุประสงค์ร่วมกันในการดำเนินการกลุ่มทุกครั้ง ผู้นำกลุ่มจะเป็นผู้ประสานที่เอื้อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างสมาชิก ทำให้เกิดปัจจัยในการบำบัด

การบำบัดรักษาผู้ติดสุราในโรงพยาบาลธัญญารักษ์

การบำบัดรักษาผู้ติดสุราต้องให้ได้รับการบำบัดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ จึงส่งผลให้การบำบัดรักษารักษาประสบผลสำเร็จ ซึ่งขั้นตอนการบาบัดรักษาตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ ๔ ขั้นตอน (บุบผา บุญญามณี และคณะ, ๒๕๔๙). ได้แก่

๑. ขั้นเตรียมการก่อนการรักษา (pre – admission)
๒. ขั้นบำบัดด้วยยา (detoxification)
๓. ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) ในรูปแบบ fast model
๔. ขั้นติดตามหลังการรักษา (after care)

ขั้นการเตรียมการก่อนการรักษา (pre – admission)

เป็นระยะแรกของการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเตรียมตัวเตรียมใจ จัดการภารกิจต่างๆ เรียบร้อยสามารถเข้ารับการรักษาครบตามเวลาได้อย่างต่อเนื่องไม่ขาดตอน รวมทั้งให้คำแนะนำจูงใจผู้ป่วยให้เห็นความสำคัญของการรักษาและมีความตั้งใจจริงในการรักษา รวมไปถึงการเตรียมครอบครัวของผู้ป่วยด้วย เพราะผู้ป่วยหลายรายมีสาเหตุในการเสพยาเสพติดจากปัญหาในครอบครัว การให้คำปรึกษาแนะนำครอบครัวไปด้วย เป็นการรักษาที่ได้ผลดีกว่าการรักษาที่มุ่งเน้นเฉพาะตัวผู้ป่วย

กิจกรรมต่างๆที่ทำในขั้นเตรียมการก่อนการรักษานี้ได้แก่

- การตรวจหลักฐานประจำตัวผู้ป่วย เป็นการยืนยันว่าเป็นบุคคลนั้นจริง
- ค้นประวัติการรักษาเก่าผู้ป่วยทุกราย เพื่อให้การรักษาที่ต่อเนื่อง
- การซักประวัติ สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ เพื่อวิเคราะห์ปัญหาของการเสพติดผู้ป่วย เช่นใช้ยาปริมาณเท่าใด เสพสารเสพติดอื่นด้วยหรือไม่ อายุที่เริ่มใช้ยา สาเหตุของการติดยา ลักษณะของครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว วิธีการเลี้ยงดู
- ตรวจร่างกาย และประเมินสภาพจิต เพื่อประเมินสภาพและโรคแทรกซ้อน
- ตรวจค้นหาสารเสพติดที่อาจมีซุกซ่อน
- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ เจาะเลือด ตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด
- วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้การวินิจฉัยวางแผนในการรักษาผู้ป่วยอย่างถูกต้อง
- ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติถึงวิธีการรักษาอย่างถูกต้อง รวมถึงชักจูง แนะนำให้ผู้ป่วยตั้งใจรักษาจริง แนะนำให้ครอบครัวร่วมมือในการรักษาด้วย

ขั้นบำบัดด้วยยา (detoxification)

การรักษาขั้นนี้แบ่งได้เป็น ๒ แบบ คือ แบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

๑. การรักษาแบบผู้ป่วยนอก

ผู้ป่วยยังคงกลับไปอยู่สภาพแวดล้อมแบบเดิม ซึ่งมีสิ่งยั่วยุต่างๆบางครั้งในระหว่างการรักษาจะพบว่า มีการลักลอบใช้สารเสพติดได้อีก แต่มีข้อดีอีกด้านหนึ่งคือถ้าผู้ป่วยสามารถเลิกได้ทั้งๆที่ยังอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม แสดงว่าผู้ป่วยมีจิตใจที่เข้มแข็ง หักห้ามใจใจตนเองได้โอกาสเลิกได้ในระยะยาวก็มีมากกว่า

กิจกรรมต่างๆที่ให้กับผู้ป่วยในการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ได้แก่

- การตรวจร่างกาย วิเคราะห์สภาพจิต
- การขาดยา
- การรักษาโรคแทรกซ้อน
- การชักจูง แนะนำให้ตั้งใจรักษา และให้คำแนะนำแก่ครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการรักษา
- การทำกลุ่มบำบัด

๒. การรักษาแบบผู้ป่วยใน

การรักษาแบบผู้ป่วยในนั้นต้องแยกผู้ป่วยให้มีสัดส่วน โดยจัดอยู่ในสถานที่ที่ปลอดจากยาเสพติด หรือสิ่งเร้าที่อาจจะทำให้นึกถึงการเสพยา โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา มีการจัดรูปแบบผู้ป่วยใน ๒ ขั้นตอนคือ การบำบัดด้วยยา และการฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (fast model)

ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) รูปแบบ fast model

การรักษาในระยะนี้ ถือเป็นหัวใจการบำบัดรักษามุ่งเน้นในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย จิตใจและพฤติกรรมผู้ป่วย จุดประสงค์หลักของการรักษาคือการป้องกันการติดซ้ำ ตลอดจนเตรียมความพร้อมที่จะออกไปประกอบอาชีพ หรือใช้ชีวิตในสังคมภายนอกได้ การพัฒนาผู้ป่วยให้เปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ใช้หลักการ ๒ ประการ (กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา,๒๕๔๙) คือ

๑. การช่วยเหลือ การพึ่งตนเองของผู้ป่วย

๒. การใช้อิทธิผลของกลุ่มในการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาสุขภาพร่างกาย และจิตใจมีหลายอย่าง ได้แก่

- กลุ่มบำบัด (group therapy) ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มประชุมเช้า กลุ่มจิตบำบัด กลุ่มสัมมนา กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ฯลฯ

- งานบำบัด (work therapy) เพื่อส่งเสริมพัฒนาทักษะในการฝึกอาชีพของผู้ป่วย เช่น เกษตร เลี้ยงสัตว์ ช่างฝีมือฯลฯ

- วิธีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การลงโทษ และการให้รางวัล เป็นเครื่องมือในการพัฒนาผู้ป่วยวิธีหนึ่ง

๓. ครอบครัวสัมพันธ์ (family therapy) แนะนำครอบครัวให้เวลาดูแลผู้ป่วย คอยให้กำลังใจหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมครอบครัวที่อาจเป็นสาเหตุการติดยาของบุตรหลาน

การติดตามหลังการรักษา (after care)

ขั้นตอนนี้ถือว่ามีความสำคัญเช่นกัน มิฉะนั้นผู้ให้การรักษาจะไม่สามารถทราบได้ว่าผลการรักษาเป็นอย่างไร มีการติดซ้ำหรือไม่ การดำรงชีวิต สภาวะแวดล้อมของผู้ป่วยหลังการรักษาเป็นอย่างไร ต้องเสริมแรงใจหรือแนะแนวช่วยเหลือแก้ปัญหาต่างๆ วางแผนให้การช่วยเหลือ ถือเป็นการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องระยะยาวหลังการรักษา

๑ วิธีโดยตรง หมายถึง ผู้ติดตามผลได้พบกับตัวผู้ป่วยโดยตรง ทำให้สามารถซักถามผลการรักษาได้ลึกซึ้ง พร้อมกับตรวจหาสารเสพติดได้ ให้คำแนะนำ ช่วยแก้ปัญหาได้โดยตรง การติดตามวิธีโดยตรงมีหลายแบบ เช่น

- นัดผู้ป่วยมาพบที่โรงพยาบาลตามกำหนด ซึ่งพบปัญหาผู้ป่วยไม่มาตามนัดบ่อยมากแต่สะดวกต่อโรงพยาบาล การติดตามหลังการบำบัดรักษา มีการกำหนดการติดตามหลังการบำบัดรักษา ๑ ปี รวม ๗ ครั้ง โดยการติดตามครั้งแรก ๒ สัปดาห์หลังการจำหน่าย และนัดติดตามผล ทุก ๑ เดือน จนครบ ๑ ปี

- การติดตามเยี่ยมบ้านของผู้ป่วย เป็นการไปพบผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้เห็นสภาพจริงของผู้ป่วย แต่วิธีนี้สิ้นเปลืองทั้งเวลา กำลังเจ้าหน้าที่ และงบประมาณ

๒. วิธีโดยอ้อม วิธีนี้ผู้ติดตามผลไม่ได้พบกับผู้ป่วยโดยตรง เช่นการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ พูดคุยทางโทรศัพท์ วิธีนี้ค่อนข้างสะดวกไม่เสียเวลาทั้งสองฝ่าย แต่ข้อมูลที่ได้อาจจะไม่ครบถ้วน การให้คำปรึกษาแนะนำทำได้ไม่สมบูรณ์มากนัก และแบบสอบถามมักจะไม่ได้รับการตอบกลับ

การดูแลผู้ป่วยติดสุราโดยทีมสหวิชาชีพ

ผู้ป่วยสุราเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยสุราสามารถเลิกสุราได้อย่างเด็ดขาด กลับไปดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบองค์รวมและจากหลายสหวิชาชีพ ซึ่งต้องทำงานประสานร่วมกัน แต่ละวิชาชีพจะมีบทบาทหน้าที่ (บุบผา บุญญามณี และคณะ, ๒๕๔๙) ดังนี้

๑. แพทย์ ให้การบำบัดรักษา และตรวจวินิจฉัย

๒. พยาบาล ให้การดูแลผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน เพื่อบรรเทาอาการและการลุกลามของโรค การประเมินภาวะสุขภาพ บำบัดรักษา ป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้บุคคลมีความรู้ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล

๓. นักสังคมสงเคราะห์ มีหน้าที่ในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาทั้งทางด้านอารมณ์ จิตใจ เศรษฐกิจ ครอบครัว การงาน ตลอดจนการยอมรับทางสังคม โดยการให้คำปรึกษา แนะนำ ความรู้ ความเข้าใจและการจัดทรัพยากรให้เหมาะสมตรงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

๔. นักจิตวิทยา มีหน้าที่ในการประเมินสภาพผู้ป่วย ตรวจ วินิจฉัยทางจิตวิทยาคลีนิก เบื้องต้นและเชิงลึก ให้การบำบัด ป้องกันโรค และส่งเสริมฟื้นฟูที่เกี่ยวข้องกับจิตใจและพฤติกรรมผิดปกติ เพื่อเป็นข้อมูลในการสนับสนุนวางแนวทางในการให้การบำบัดรักษาฟื้นฟูที่เหมาะสมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

๕. นักอาชีวบำบัด มีหน้าที่ให้ความรู้ จัดกิจกรรมเกี่ยวกับการฝึกอาชีพแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์และสามารถนำไปประกอบอาชีพต่อไปได้

๖. เภสัชกร มีหน้าที่ในการจัดเตรียม บริหารยาและเวชภัณฑ์ระหว่างการบำบัดรักษา ติดตามประเมินอาการข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วย ให้การดูแลและให้ความรู้เกี่ยวกับยาและการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง

๗. นักโภชนากร มีหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางโภชนาการเนื่องจากการรับประทานอาหารไม่ได้ ไม่ได้รับสารอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ให้ได้รับอาหารที่เพียงพอ

บทที่ ๓

ทฤษฎีทางการพยาบาลและการพยาบาลผู้ป่วยติดสุรามีอาการทางจิตเวช

พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดสุราตลอด ๒๔ ชั่วโมง ดังนั้น พยาบาลจะต้องรู้บทบาท หน้าที่ของตนเองในการดูแลช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องโดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลรักษาตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชน เพื่อให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพและผู้ติดสุราได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง สามารถป้องกันการกลับป่วยซ้ำได้

กระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาลที่ช่วยให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ ซึ่งเป็นทั้งแก่นและสาระการปฏิบัติอย่างมีรูปแบบ ขั้นตอนเป็นระบบระเบียบ ที่ไม่หยุดนิ่ง ประกอบด้วย ๕ ขั้นตอน คือ การประเมินสภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือและวิธีการที่สำคัญของวิชาชีพการพยาบาลในการรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการ เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยการพยาบาล กรอบแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ทั้งนี้จะช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปอย่างมีคุณภาพและบรรลุเป้าหมายในการดำรงรักษาภาวะสุขภาพของทุกคน (สุระพรรณ พนมฤทธิ์และสุภาภรณ์ อุดมลักษณ์, ๒๕๔๓)

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการการพยาบาลประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินงานเป็น ๕ ขั้นตอน

๑ การประเมินสภาวะสุขภาพ (Assessment)
๒ การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis)
๓ การวางแผนการพยาบาล (Planning)
๔ การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)
๕ การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

๑. การประเมินสภาวะสุขภาพ (Assessment)

การประเมินสภาวะสุขภาพ (Assessment) เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล ซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งอัตนัย และปรนัย ของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชนอย่างเป็นระบบ และการจัดระบบข้อมูล การบันทึกข้อมูลตามกรอบแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ประเมินภาวะสุขภาพ เพื่อมุ่งสู่การบ่งชี้ภาวะสุขภาพและความต้องการการพยาบาลของผู้รับบริการ ทำการประเมินสภาวะสุขภาพผิด บกพร่อง จะทำให้กระบวนสการพยาบาลผิดพลาด ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการได้ การประเมินสภาวะสุขภาพประกอบด้วย ๓ ขั้นตอน คือ การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection) การจัดระบบข้อมูล (Data Organization) และการบันทึกข้อมูล (Data Recording)

๒. การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis)

การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) เป็นขั้นตอนที่สองของกระบวนการพยาบาล เป็นการวิเคราะห์ แปลความหมาย และสรุปข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล การวินิจฉัยการพยาบาล เป็นการระบุถึงภาวะสุขภาพ หรือปัญหาของผู้รับบริการ การวินิจฉัยการพยาบาลจึงเป็นขั้นตอนที่สำคัญ โดยมีเป้าหมายเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ ป้องกัน บรรเทา ระมัดระวัง ขจัดสิ่งที่คุกคามต่อการดำเนินชีวิตตามปกติของบุคคลหรือสิ่งที่มีผลต่อการเบี่ยงเบนของภาวะสุขภาพ โดยที่พยาบาลสามารถกระทำได้โดยอิสระภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพ ซึ่งเป็นการแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของการพยาบาลในการให้บริการที่มีคุณภาพและเกิดการพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาล

๓. การวางแผนพยาบาล

การวางแผนการพยาบาลประกอบด้วย ๔ ขั้นตอน ประกอบด้วย

๑. การเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา (Setting Priorities)

๒. การกำหนดจุดมุ่งหมายทางการพยาบาลและเกณฑ์การประเมินผล (Establishing Goals/Outcome)

๓. การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล (Establishing Nursing Intervention)

๔. การเขียนแผนการพยาบาล (Care Planning)

๔. การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Implement)

เป็นกิจกรรมทางสุขภาพระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายของการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลให้เกิดคุณภาพได้นั้นจำเป็นต้องอาศัยทักษะการปฏิบัติการพยาบาล คือ ทักษะทางสติปัญญา ทักษะการสร้างมนุษยสัมพันธ์ และ เทคนิคการพยาบาล

๕. การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

การประเมินผลการพยาบาล เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาลเป็นกระบวนการที่ใช้สำหรับตรวจสอบผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาล หรือผลที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้นกับผู้รับบริการว่ามีผลทำให้ผู้รับบริการมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่กำหนดไว้ในจุดมุ่งหมายของการพยาบาลหรือไม่ และตรวจสอบดูว่าผลที่ได้จากการกระทำนั้น ตรงกับผลที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้นกับผู้รับบริการหรือไม่ ดังนั้น การประเมินผลการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ จะต้องมีเกณฑ์มาตรฐานไว้เปรียบเทียบหรือตรวจสอบ เพื่อให้เกิดผลดีแก่ผู้รับบริการ (สุระพรรณ พนมฤทธิ์ และสุภาภรณ์ อุดมลักษณ์, ๒๕๔๓).

ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อการบำบัดของเพบพลาว (Peplau's Interpersonal Relation Theory) (สายฝน เอกวรางกูร, ๒๕๕๙)

การพยาบาล (Nursing) เป็นกระบวนการระหว่างบุคคลเพราะเป็นปฏิสัมพันธ์ ระหว่างบุคคลตั้งแต่สองคน โดยพยาบาลใช้ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยในการให้การพยาบาลและบำบัดทางจิตเวช ที่เรียกว่า therapeutic nurse-patient relationship ซึ่งแบ่งออกเป็น ๔ ระยะ ดังนี้

๑) ระยะเริ่มต้นสัมพันธภาพ (Orientation phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าเกิดปัญหาและต้องการความช่วยเหลือ พยาบาลจะต้องสร้างความไว้วางใจกับผู้ป่วย ช่วยผู้ป่วยในการค้นหาปัญหาหรือความต้องการการช่วยเหลือนั้น ช่วยให้ทำความเข้าใจกับปัญหา และตระหนักถึงสิ่งที่เกิดขึ้นหรือสิ่งที่เป็นสาเหตุให้เกิดความรู้สึกดังกล่าว

๒) ระยะระบุปัญหา (Identification phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีการตอบสนอง ต่อผู้ที่สามารถแก้ไขปัญหาหรือให้ความช่วยเหลือเขาได้ สามารถระบุได้ว่าใครควรเป็นผู้ช่วยเหลือใน การแก้ไขปัญหา และเริ่มรู้สึกว่ามีความสามารถในการจัดการกับปัญหา พยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยได้สำรวจความรู้สึกของตน และสามารถตอบสนองความต้องการที่เกิดขึ้นได้

๓) ระยะดำเนินการแก้ปัญหา (Exploitation phase) เป็นระยะของการให้ความ ช่วยเหลือเพื่อแก้ปัญหาของผู้ป่วย พยาบาลต้องทำความเข้าใจ ให้การยอมรับ ห่วงใย เอาใจใส่ ไม่ตัดสินหรือใช้อารมณ์กับผู้ป่วย และช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ตนเองที่ดีขึ้น ค้นพบความสามารถของตนเองเพื่อนำมาพัฒนาความสามารถในการปรับตัวและแก้ปัญหาให้ได้มากที่สุด

๔) ระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพ (Resolution phase) เป็นระยะสุดท้ายของการพยาบาลที่ปัญหาของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขแล้ว โดยความร่วมมือจากทั้งผู้ป่วยและพยาบาล เป็นการยุติสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ซึ่งบางครั้งการยุติสัมพันธภาพอาจทำได้ยากเนื่องจากความต้องการพึ่งพา เพราะสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดมักมีความต่อเนื่อง ถ้าการยุติสัมพันธภาพสำเร็จลงด้วยดี ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อิสระโดยไม่ต้องได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาล แสดงว่าผู้ป่วยเกิดการพัฒนาและเป็นความสำเร็จของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทุกระยะด้วย

เพบพลาว (Peplau, ๑๙๕๒) เป็นพยาบาลจิตเวชที่ได้รับการยกย่องว่าเป็นมารดาของการพยาบาลจิตเวชยุคใหม่ (Mother of modern psychiatric nursing) ซึ่งได้นำแนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของซัลลิแวนมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลจิตเวช โดยได้พัฒนาเป็นแนวคิดของการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเพื่อการบำบัด (Therapeutic nurse-patient relationship) ลักษณะเป็นแบบ one-to-one relationship พยาบาลจะใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัดผู้ป่วย ในการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและเป็นหลักการพื้นฐานของการพยาบาลจิตเวชมาจนถึงปัจจุบัน เพ็พพลาว กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลจิตเวชในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการ บำบัด ซึ่งบทบาทเหล่านี้ช่วยให้พยาบาลค้นพบความต้องการของผู้ป่วยและสามารถดูแลผู้ป่วยได้ อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

๑) บทบาทคนแปลกหน้า (Stranger role) เป็นบทบาทที่พยาบาลและผู้ป่วยพบกันครั้งแรก ซึ่งเป็นคนแปลกหน้าต่อกัน พยาบาลจำเป็นต้องสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้น

๒) บทบาทแหล่งสนับสนุน (Role of the resource person) เป็นบทบาทที่พยาบาลทำหน้าที่ให้ความรู้หรือข้อมูลเฉพาะ ตอบคำถาม แปลข้อมูล และให้ข้อมูลต่างๆ แก่ผู้ป่วย

๓) บทบาทผู้สอน (Teaching role) เป็นบทบาทที่พยาบาลกระทำร่วมกับบทบาทอื่นๆ โดยให้คำแนะนำและอบรมความรู้แก่ผู้ป่วย

๔) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา (Counseling role) เป็นบทบาทที่พยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความหมายของสภาพการณ์ในปัจจุบัน ให้คำแนะนำและกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

๕) บทบาทผู้ทดแทน (Surrogate role) เป็นบทบาทที่พยาบาลเป็นตัวแทนของผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ โดยพยาบาลจะแสดงบทบาทนี้ในภาวะที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้

๖) บทบาทผู้นำ (Leadership role) เป็นบทบาทที่พยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยให้ทำหน้าที่ตามเป้าหมายของการบำบัด

๗) บทบาทของผู้เชี่ยวชาญทางเทคนิค (Technical expert role) เป็นบทบาทที่พยาบาลให้การดูแลด้านร่างกายผู้ป่วยและการใช้เครื่องมือต่างๆ

การประยุกต์ทฤษฎีการพยาบาลของเพบพลาว ในการพยาบาลผู้ป่วยติดสุราที่มีอาการทางจิตเวช เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่จะมีปัญหาด้านการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล พยาบาลจึงต้องสร้างให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ โดยดำเนินการสร้างสัมพันธภาพทั้งสามระยะ สิ่งสำคัญคือพยาบาลต้องประเมิน ค้นหาศักยภาพของผู้ป่วยในการสร้างสัมพันธภาพและสื่อสารระหว่างกัน (วันดี สุทธรังษี และคณะ, ๒๕๕๙) พยาบาลเป็นบุคคลหนึ่งที่เป็นเครื่องมือในการช่วยเหลือ ค้นหา และทำความเข้าใจผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลต้องรู้จักตนเองและเข้าใจพฤติกรรมของตนเอง รวมทั้งเข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วย ความ เข้าใจ การยอมรับ ทัศนคติที่ดีจะส่งเสริมให้เกิดความไว้วางใจซึ่งจะช่วยให้พยาบาลสามารถประเมิน ปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย ร่วมมือกับผู้ป่วยในการวางแผนการแก้ไขปัญหานั้น สัมพันธภาพ ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเป็นกลไกในการเข้าไปช่วยเหลือผู้ป่วยให้เกิดความเข้าใจในปัญหาของ ตนเอง ยอมรับตนเอง และสามารถดึงศักยภาพออกมาใช้ในการแก้ปัญหาของตนเองได้ โดยพยาบาล เป็นแหล่งประโยชน์ ที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยรู้วิธีการแก้ปัญหา

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem's self-care theory)

การพยาบาล (Nursing) เป็นการช่วยเหลือบุคคลให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่องและเพียงพอกับความต้องการในการดูแลตนเอง กระบวนการพยาบาลจะมุ่งเน้นในการช่วยเหลือบุคคลต่อการดูแลสุขภาพ โดยโอเรมได้เสนอทฤษฎีย่อยไว้ ๓ ทฤษฎี (Orem, ๒๐๐๑) ดังนี้

๑) ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The theory of self- care)

๑.๑ การดูแลตนเอง (Self-care: SC) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลกระทำ ด้วยตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก เมื่อการกระทำนั้นมีประสิทธิภาพจะมีส่วน ช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคลเพื่อตอบสนองความ ต้องการในการดูแลตนเอง (Self-care requisites)

๑.๒ ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency: SCA) เป็นความ สามารถของบุคคลที่เอื้อต่อการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างจงใจ โดยมีความแตกต่างกัน ไปตามระยะพัฒนาการ

๑.๓ ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand: TSCD)

๑.๓.๑ ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self-care requisites: USCR) เป็นความต้องการของมนุษย์ทุกคนในทุกๆ ช่วงชีวิต เป็นกระบวนการของชีวิต เพื่อรักษาโครงสร้าง การทำหน้าที่ ตลอดจนความผาสุกของบุคคล ในเรื่องอากาศ น้ำ อาหาร การ ขับถ่ายของเสีย การทำกิจกรรมและการพักผ่อน การมีเวลาส่วนตัวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การ ป้องกันอันตรายต่อชีวิต และการส่งเสริมศักยภาพและพัฒนาการในสังคม

๑.๓.๒ ความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites: DSCR) เป็นความต้องการที่นำมาใช้ในกระบวนการ พัฒนาการของบุคคลและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในบางช่วง เช่น การตั้งครรภ์ และการสูญเสียบุคคลอัน เป็นที่รัก เป็นต้น

๑.๓.๓ ความต้องการการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self-care requisite: HDSCR) เป็นความต้องการการดูแตนเองเมื่อบุคคลอยู่ใน ภาวะเจ็บป่วยหรือได้รับอันตราย มีความพิการ หรือความผิดปกติในโครงสร้างการทำหน้าที่ของ ร่างกาย

๒) ทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเอง (The theory of self-care deficit) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) กับความ ต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand: TSCD) เป็นการกำหนดว่า เมื่อใดบุคคลต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล ซึ่งอาจเกิดขึ้นเฉพาะบางส่วนหรือทั้งหมดก็ได้ ถ้า เป็นความพร่องในการดูแลตนเองทั้งหมด แสดงว่าบุคคลนั้นไม่มีความสามารถในการดูแลตนเองได้เลย ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวนั้นมี ๓ ลักษณะ ดังนี้

๒.๑ ความต้องการที่สมดุล (Demand is equal to abilities: TSCD = SCA)

๒.๒ ความ ต้องการน้อยกว่าความสามารถ (Demand is less than abilities: TSCD < SCA)

๒.๓ ความต้องการมากกว่าความสามารถ (Demand is greater than abilities: TSCD > SCA)

๓) ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The theory of nursing system) เป็นการ กำหนดรูปแบบการพยาบาลเพื่อช่วยบุคคลให้สามารถเรียนรู้ ฝึกฝน ในการดูแลสุขภาพด้วย ความสามารถดูแลตนเองหรือบุคคลอื่นอย่างมีประสิทธิภาพสมบูรณ์และต่อเนื่อง ส่งเสริมให้บุคคล สามารถดูแลตนเอง โดยประเมินความต้องการในการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และความพร่องในการดูแลตนเอง ว่ามีความพร่องในการดูแลตนเองอยู่ในระดับใด ได้แก่ พร่อง ทั้งหมด พร่องบางส่วน หรือพร่องเล็กน้อย เพื่อที่จะให้การพยาบาลทดแทนได้อย่างเหมาะสม แบ่ง ออกได้ดังนี้

๓.๑ ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system) เป็นบทบาทของพยาบาลที่ต้องกระทำเพื่อทดแทนความสามารถของผู้ป่วย โดยการชดเชยให้ทั้งหมด เป็นการพยาบาลผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

๓.๒ ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory nursing system) เป็นระบบการพยาบาลที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโดยขึ้นอยู่กับความต้องการและความสามารถของ ผู้ป่วย เป็นการชดเชยให้บางส่วน โดยให้การพยาบาลเฉพาะสิ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ เช่น การช่วย ผู้ป่วยในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น และการร่วมทำกิจกรรมกับผู้อื่น

๓.๓ ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุน และให้ความรู้ (Educative supportive nursing system) เป็นระบบการพยาบาลที่เน้นการให้การศึกษา การสอน และให้ คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้

โดโรธี อี โอเรม (Dorothea E.Orem) เชื่อว่าบุคคลต้องดำรงไว้และควบคุมความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งบางครั้งบุคคลอาจจะกระทำด้วยตนเองหรือพึ่งพาผู้อื่น การดูแลตนเองมีเป้าหมายและเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมนุษย์ในการสร้างความสมบูรณ์ของโครงสร้างการทำหน้าที่ต่างๆ และการ

พัฒนาเพื่อการมีสุขภาพดี การพยาบาล (Nursing) เป็นการช่วยเหลือบุคคลให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างต่อเนื่อง และเพียงพอกับความต้องการในการดูแลตนเอง กระบวนการพยาบาลจะมุ่งเน้นในการช่วยเหลือบุคคลต่อการดูแลสุขภาพ เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถเรียนรู้ฝึกฝน ในการดูแลสุขภาพด้วยความสามารถการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพสมบูรณ์และต่อเนื่อง โดยประเมินความต้องการในการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง ความพร่องในการดูแลตนเอง ว่ามีความพร่องในการดูแลตนเองในระดับใด ได้แก่ พร่องทั้งหมด พร่องบางส่วนหรือพร่องเล็กน้อย เพื่อจะให้การพยาบาลทดแทนได้อย่างเหมาะสม

การประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยสุราที่มีอาการทางจิตเวช พยาบาลต้องประเมินความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเองและสามารถแยกแยะ ความบกพร่องในการดูแลตนเองของบุคคล เพื่อที่จะสามารถกำหนดวิธีการปฏิบัติการพยาบาลให้ตรง และสนองตอบกับความต้องการของผู้ป่วย โดยการให้ความช่วยเหลือ แนะนำ สอน ให้กำลังใจ และ การจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงความต้องการได้ รวมทั้งสนับสนุนให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนได้ใช้ความสามารถในการดูแลตนเองในการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาทางจิต ดูแลช่วยเหลือตนเอง ครอบครัว และชุมชนเมื่อเกิดปัญหาทางจิตได้แต่หากบุคคลไม่สามารถ ปฏิบัติการดูแลตนเองได้ พยาบาลจะเป็นผู้ช่วยเหลือและชดเชยในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ

แรงจูงใจในการบำบัดรักษา (Motivational Interviewing: MI)

การสร้างแรงจูงใจในการบำบัดรักษา (Motivational Interviewing: MI) พัฒนาโดยมิลลอร์และโรลนิค ภายใต้แนวคิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยระบุขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stage of change) ไว้อย่างชัดเจน พฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยและแนวทางการให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

ตารางที่ ๒. ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ลักษณะสำคัญของผู้ติดยาเสพติดและการตอบสนองที่
เหมาะสมของผู้บำบัดในแต่ละขั้นตอน

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง	ลักษณะผู้ป่วย	พฤติกรรมที่แสดงออก	การช่วยเหลือ
ขั้นเมินเฉย (pre-contemplation)	ไม่คิดจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ไม่ตระหนักถึงปัญหา ไม่ยอมรับว่าการใช้ยาเสพติดจะก่อให้เกิดปัญหาหรือความเสี่ยงที่จะตามมาได้	ปกปิดพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด ต่อต้านหรือโกรธเมื่อถูกกดดัน บังคับให้เลิกหรือเมื่อผู้อื่นพูดเรื่องการใช้ยาเสพติดของตน	เสนอข้อมูลที่เป็นจริงให้ข้อมูลสะท้อนกลับเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติดของผู้ป่วยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมารับการบำบัดรักษาเมื่อผู้ป่วยพร้อม
ขั้นลังเลใจ (contemplation)	เริ่มตระหนักว่าเกิดปัญหาจากการใช้ยาเสพติด มักจะมี	ยังคงใช้ยาเสพติดอยู่ แต่มักจะเริ่มคิดถึงการเลิกยาหรือการลด	ให้ผู้ป่วยค้นหาและชั่งน้ำหนักระหว่างข้อดีและข้อเสียของการใช้

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง	ลักษณะผู้ป่วย	พฤติกรรมที่แสดงออก	การช่วยเหลือ
	ความคิดสองจิตสองใจระหว่างเหตุผลที่จะเลิกยากับเหตุผลที่ไม่เลิกยา	ปริมาณการเสพลงในอนาคต ชั่งข้อดีข้อเสียของการเลิกยาเสพติด	ยาเสพติดและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกระตุ้นให้พูดถึงการเปลี่ยนแปลงจากตัวผู้ป่วยเอง
ขั้นตัดสินใจ (determination)	วางแผนในการเลิกยาเสพติดที่เฉพาะเจาะจง เช่น ตัดสินใจเข้ารับการบำบัดรักษา พิจารณาความสามารถในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตน	อาจจะลองหยุดหรือลดปริมาณการใช้ยาเสพติดลงด้วยวิธีของผู้ป่วยเองเริ่มตั้งเป้าหมายในการเลิกยา	ช่วยผู้ป่วยวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสนอทางเลือก และให้อิสระแก่ผู้ป่วยในการเลือกวิธีที่เหมาะสมที่สุด
ขั้นลงมือแก้ไข (action)	เชื่อว่าตัวเองสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้เริ่มพิจารณาถึงภาพลักษณ์ใหม่ของตัวเอง	เปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต ยอมรับความช่วยเหลือและต้องการการสนับสนุนจากผู้บำบัดและครอบครัวมารับการบำบัดตามนัดอย่างสม่ำเสมอ	ช่วยให้ผู้ป่วยยึดมั่นและปฏิบัติตามแผนที่วางไว้เรียนรู้การป้องกันการกลับไปใช้ยาซ้ำ
ขั้นกระทำต่อเนื่อง (maintenance)	พยายามคงความสำเร็จในการเลิกยาเสพติดไว้ เริ่มสนใจการดำเนินชีวิตของตน	ปรึกษาปัญหาอื่นๆ เช่น การจัดการทางอารมณ์ คนรอบข้างยังไม่ไว้ใจ ลองทำกิจกรรมใหม่ๆที่ไม่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด	ช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะใหม่ๆที่จำเป็นในการเลิกยาเสพติด การรื้อฟื้นสัมพันธภาพทางสังคม การหาความสุขโดยไม่ใช้
ขั้นกลับไปติดซ้ำ (relapse)	ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถ คงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ทันที ผู้ป่วยมักจะกลับไปเริ่มที่ระยะต้นของ stage of change	รู้สึกผิดและหมดหวังคิดว่าไม่สามารถเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมตัวเองได้ หลบเลี่ยงไม่มารับการบำบัดรักษา	ช่วยให้ผู้ป่วยกลับสู่กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตัวเองให้ความหวัง กำลังใจ ประคับประคองให้ผู้ป่วยอยู่ในการบำบัดรักษา

ที่มา : การบำบัดรักษายาเสพติดที่มีประสิทธิภาพ (พิชัย แสงชัยชาญ, ๒๕๕๒)

กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health pattern framework)

แบบแผนสุขภาพ (Functional Health pattern) เป็นกรอบแนวคิดที่ เมย์เจอรี กอร์ดอน (Majory Gordon) ได้พัฒนามาจากความเชื่อว่า บุคคลมีสุขภาพดีหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับความปกติ (function) หรือความผิดปกติ (dysfunction) ของแบบแผนสุขภาพ (Gordon, ๑๙๙๔)

การ์ดอน (Gordon) ได้ให้ความหมายของแบบแผนว่า เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่ต่อเนื่องกันในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ส่วนแบบแผนสุขภาพนั้น หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการซึ่งเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพของผู้รับบริการ

แบบแผนสุขภาพประกอบด้วย ๑๑ แบบแผน ในแต่ละแบบแผน คือ พฤติกรรมของคนทั้ง ด้าน กาย จิต สังคม ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยทั้งคนที่จะทำให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะสุขภาพดีหรือเจ็บป่วยได้ ในแต่ละแบบแผนนั้นสามารถกำหนดขอบเขต โดยพัฒนาและขยายขอบเขตจากแนวคิดพื้นฐานของกอร์ดอน ดังนี้

แบบแผนที่ ๑ การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ (Health perception-health management pattern)

แบบแผนที่ ๒ อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร (Nutritional-metabolic pattern)

แบบแผนที่ ๓ การขับถ่าย (Elimination pattern)

แบบแผนที่ ๔ กิจกรรมและการออกกำลังกาย (Activity-exercise pattern)

แบบแผนที่ ๕ การพักผ่อน นอนหลับ (Sleep-rest pattern)

แบบแผนที่ ๖ สติปัญญาและการรับรู้ (Cognitive-perceptual pattern)

แบบแผนที่ ๗ การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (Self-perception-self-concept pattern)

แบบแผนที่ ๘ บทบาทและสัมพันธภาพ (Role-relation pattern)

แบบแผนที่ ๙ เพศและการเจริญพันธุ์ (Sexuality-reproductive pattern)

แบบแผนที่ ๑๐ ความเครียดและการทนทานต่อความเครียด (Coping-stress tolerance pattern)

แบบแผนที่ ๑๑ คุณค่าความเชื่อ (Value-belief pattern)

แบบแผนที่ ๑ การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ (Health perception-health management pattern) หมายถึง ความคิด ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง การดำเนินการในการดูแลสุขภาพตนเองและผู้ที่ตนรับผิดชอบ โดยขอบเขตการดูแลสุขภาพนี้ครอบคลุมถึงความรู้ในการดูแลสุขภาพ กิจกรรมการป้องกัน โรคและความเจ็บป่วย กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและกิจกรรมที่เสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ทั้งในภาวะที่สุขภาพดี และภาวะเจ็บป่วย การดูแลสุขภาพในภาวะเจ็บป่วย ปัจจัยและอุปสรรคต่อการรับรู้และการดูแลสุขภาพ

แบบแผนที่ ๒ อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร (Nutritional-metabolic pattern) หมายถึง แบบแผนการรับประทานอาหารและน้ำของบุคคล หรือบริโภคนิสัย กระบวนการที่ร่างกายเผาผลาญและใช้สารอาหารและน้ำ การควบคุมน้ำและอิเล็คโตรไลท์ในร่างกาย การเจริญเติบโต

ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคต่อแบบแผนการรับประทานอาหาร การเผาผลาญและการใช้สารอาหารและน้ำ

แบบแผนที่ ๓ การขับถ่าย (Elimination pattern) หมายถึง แบบแผนและกระบวนการขับถ่ายของเสียทุกประเภทออกจากร่างกาย ทั้งการขับถ่ายกากอาหาร น้ำและอิเล็กโตรไลท์ ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคต่อแบบแผนและกระบวนการขับถ่าย

แบบแผนที่ ๔ กิจกรรมและการออกกำลังกาย (Activity-exercise pattern) หมายถึงแบบแผนการประกอบกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน (activities of daily living) การดูแลบ้านที่อยู่อาศัย กิจกรรมในงานอาชีพ การใช้เวลาว่างและการนันทนาการ แบบแผนการออกกำลังกาย กระบวนการทำงานของร่างกายที่ส่งผลต่อการประกอบกิจกรรมและการออกกำลังกาย ได้แก่ การพัฒนาการและการทำงานของโครงสร้างและกล้ามเนื้อ ระบบหายใจ ระบบหัวใจและไหลเวียน ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรมและการออกกำลังกาย

แบบแผนที่ ๕ การพักผ่อน นอนหลับ (Sleep-rest pattern) หมายถึง แบบแผนการนอนและกระบวนการนอนหลับ และการผ่อนคลาย (relax) ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคต่อแบบแผนการนอน

แบบแผนที่ ๖ สติปัญญาและการรับรู้ (Cognitive-perceptual pattern) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการรับรู้สิ่งเร้าและการตอบสนองต่อสิ่งเร้า การรับความรู้สึกทางประสาทสัมผัสทุกส่วน ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรส การรับความรู้สึกทางผิวหนัง ความสามารถและการพัฒนาการทางสติปัญญา เช่น ความจำ ความคิด การตัดสินใจ การเรียนรู้ การแก้ปัญหา อารมณ์ของบุคคล ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคต่อความสามารถด้านสติปัญญาและการรับรู้

แบบแผนที่ ๗ การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (Self-perception-self-concept pattern) หมายถึง ความคิดความเข้าใจความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเองในภาพรวมและในแต่ละคุณลักษณะ ได้แก่

ความสวยงาม ความสามารถ ความดี ความถูกต้อง ความภูมิใจในตนเอง ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคที่มีต่อการรับรู้ตนเอง

แบบแผนที่ ๘ บทบาทและสัมพันธภาพ (Role-relation pattern) หมายถึง กิจกรรมของบุคคลตามบทบาทและสัมพันธภาพของบุคคลต่อบุคคลอื่น ทั้งภายในและภายนอกครอบครัว การพัฒนาการทางด้านสังคม ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาท

แบบแผนที่ ๙ เพศและการเจริญพันธุ์ (Sexuality-reproductive pattern) หมายถึง ลักษณะการเจริญพันธุ์ การพัฒนาการตามเพศ และเพศสัมพันธ์ และการส่งเสริมปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคต่อการเจริญพันธุ์ การพัฒนาการตามเพศและเพศสัมพันธ์

แบบแผนที่ ๑๐ ความเครียดและการทนทานต่อความเครียด (Coping-stress tolerance pattern) หมายถึง การรับรู้ความเครียดและสาเหตุ วิธีการและกระบวนการในการจัดการกับความเครียดทั้งในระดับที่รู้ตัว และที่เป็นอัตโนมัติ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความเครียด ปัจจัยส่งเสริมอุปสรรคในการปรับตัวกับความเครียด

แบบแผนที่ ๑๑ คุณค่าความเชื่อ (Value-belief pattern) หมายถึง ภาวะความมั่นคงเข้มแข็งทางจิตใจ การรับรู้ของบุคคลกับสิ่งที่มีคุณค่า มีความหมายต่อชีวิตของตนเอง เป้าหมายในการดำเนินชีวิต สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ และการปฏิบัติตามความเชื่อที่เป็นสิ่งยึดเหนี่ยว ปัจจัยและอุปสรรคต่อความมั่นคง เข้มแข็งทางจิตใจ

บทบาทของพยาบาลยาเสพติด

๑. ระยะเตรียมการก่อนบำบัดรักษา ได้แก่ สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยและครอบครัว ศึกษาและรวบรวมข้อมูลบุคคล ประวัติสุขภาพ ข้อมูลที่เกี่ยวกับการเสพยาเสพติด ปัจจัยที่ทำให้ยังคงเสพอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการ คัดกรอง/การประเมินภาวะที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติด การรักษา การประเมินอาการทางกาย/ทางจิต แบบแผนสุขภาพ ระดับความรุนแรงของปัญหา ประเมินขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การให้ความรู้เกี่ยวกับการติดยาเสพติด

๒. ระยะบำบัดยา การให้ยาตามแผนการรักษาทั้งการถอนพิษยาและภาวะแทรกซ้อน สังเกตและป้องกันพฤติกรรมรุนแรง ประเมินอาการทางกาย/ทางจิต แบบแผนสุขภาพ เป็นระยะๆ กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลประคับประคอง ด้านจิตใจ การเสริมแรงทางบวก

๓. ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความคิดของตนเอง วิเคราะห์สาเหตุ การเผชิญปัญหา ให้กำลังใจ สนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมในการบำบัด เฝ้าระวังให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมและพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น

๔. ระยะติดตามผลการรักษา ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ให้การสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ติดตามการดูแลผู้ป่วยร่วมกับเครือข่าย ให้คำปรึกษาทั้งผู้ป่วยและครอบครัว นัดพบแพทย์ติดตาม สุ่มตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด

การพยาบาลผู้ป่วยติดสุรามีอาการทางจิตเวชและมีพฤติกรรมก้าวร้าว

ในผู้ดื่มสุรา มักมีปัจจัยหลายอย่างที่เป็นสาเหตุมีส่วนร่วมในการเกิดปัญหา ทำให้ปัญหานั้นคงอยู่หรือเกิดผลกระทบจากการดื่มสุรา ดังนั้น การประเมินผู้ป่วยเพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลอย่างเหมาะสมต้องประเมินแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยจะต้องประเมินตามกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วย ดังนี้

๑. การประเมินผู้ป่วย (assessment) เป็นขั้นตอนแรกที่พยาบาลกระทำโดยการรวบรวมข้อมูลที่จำเป็นเพื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง อย่างเป็นระบบ อย่างถูกต้องและครอบคลุมมากที่สุด เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล และการวางแผนให้การพยาบาลในขั้นต่อไป ควรมีการประเมินผู้ติดสุรา ดังนี้

๑.๑ การซักประวัติ ควรถามให้ครอบคลุมถึงชนิดของสุราและการใช้สารเสพติดตัวอื่นๆ ความถี่การใช้ ปริมาณเฉลี่ยที่ดื่มต่อวัน ระยะเวลาการดื่ม เวลาและปริมาณสุราที่ดื่มครั้งสุดท้าย ประวัติการเกิดอาการขาดสุรา ซึ่งจะช่วยในการคาดการณ์โอกาสการเกิดอาการขาดสุราในครั้งต่อมา ประวัติการชัก ประวัติการรักษาสุรา ประวัติการเจ็บป่วยทางกาย ทางจิตเวช การได้รับอุบัติเหตุ การได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ การแพ้ยา อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลและอาการปัจจุบัน

๑.๒ การตรวจร่างกาย เพื่อประเมินความผิดปกติของร่างกายหรือโรคแทรกซ้อนทางกาย โดยการตรวจสภาพร่างกายทั่วไป ดู ฟัง เคาะ ฟัง ตรวจสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว Glasgow coma score สังเกตอาการผิดปกติของร่างกาย เช่น ตัว ตาเหลือง ท้องโต ท้องบวม มีบาดแผล การผ่าตัด ความผิดปกติของผิวหนัง มีรอยช้ำ จ้ำเลือด ความผิดปกติการเคลื่อนไหว การทรงตัว ความอ่อนแรงแขนขา เป็นต้น

๑.๓ การประเมินอาการขาดสุรา เครื่องมือที่ช่วยเฝ้าระวังติดตามอาการขาดสุรา มี ๔ แบบ

๑. Alcohol withdrawal scale (AWS) ๗ ข้อ

๒. Clinical Institute Withdrawal Scale for Alcohol – Revised (CIW - Ar) ๑๐ ข้อ

๓. Minneapolis Detoxification Scale (MINDS) ๙ ข้อ

๔. Severity Assessment Scale (SAS) ๘ ข้อ

เครื่องมือที่นิยมใช้มากในการประเมินอาการขาดสุราคือ AWS และ CIWA-Ar พบว่า AWS น่าจะเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยเพราะใช้สะดวกกว่า จำนวนข้อน้อย มีความเป็นปรนัยและรูปธรรมมากกว่า

การประเมินควรจะประเมินตั้งแต่แรกรับและประเมินเป็นระยะตามความจำเป็น คะแนนจากการประเมินอาจผิดพลาดคลาดเคลื่อนได้กรณีที่มีภาวะแทรกซ้อน ไม่ควรยึดการประเมินอย่างเดียว ควรจะอาศัยการตัดสินใจทางคลีนิกและการสังเกตอื่นร่วมด้วย

๑.๔ การประเมินทางห้องปฏิบัติการ การตรวจเลือดดูการทำงานของตับ ไต ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด ตรวจปัสสาวะดูการทำงานของไต การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การตรวจหาสารเสพติดเพิ่ม การเอ็กซ์เรย์ปอดหาความผิดปกติ

๑.๕ การประเมินสภาพจิต ผู้ป่วยสุราทุกรายควรได้รับการประเมินสภาพจิตร่วมด้วย โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาเรื้อรัง กลับดื่มซ้ำบ่อย ประเมินความสัมพันธ์ของโรคจิตกับการดื่มสุรา การเกิดโรคทางจิตเวชภายหลังจากการดื่มสุราเป็นเวลานานหรือมีอาการทางจิตเวชก่อนการดื่มสุรา ประเมินภาวะซึมเศร้า ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประเมินความเครียด ประเมินอาการทางจิต

๑.๖ การประเมินอาการทางกายที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราทั้งในช่วงเมาสุรา ช่วงขาดสุรา และประเมินภาวะโรคร่วมทางกายต่างๆ

- ช่วงเมาสุรา ระดับการรู้สติของผู้ป่วยลดลง การเคลื่อนไหวผิดปกติ ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ ดังนั้นภาวะแทรกซ้อนที่พบเช่น dehydration, hypoglycemia จากไม่ดื่มน้ำ ไม่รับประทานอาหาร อาเจียน ประเมินอาการปากแห้ง คอแห้ง ความตึงของผิวหนังลดลง มีไข้ subdural hematoma จากอุบัติเหตุหกล้ม ถูกทำร้าย ประเมินจากมีเลือดออกบริเวณใบหน้าโดยเฉพาะบริเวณตา มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว gastrointestinal hemorrhage ผู้ป่วยมีประวัติถ่ายเป็นเลือด อาเจียนเป็นเลือด ประเมินอาการหน้ามืดเป็นลม ปวดท้อง อุจจาระหรืออาเจียนเป็น coffee ground content

- ช่วงขาดสุรา อาจเกิดภาวะ cardiomyopathy เซลกล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลาย กล้ามเนื้อหัวใจโต มีประวัติเหนื่อยเวลาออกกำลัง บวม น้ำคั่งในร่างกาย นอนราบไม่ได้ ชีพจรเต้นเร็ว

ไม่ สม่ำเสมอ ภาวะ electrolyte imbalance จากการรับประทานสารน้ำและอาหารไม่เพียงพอ เสียน้ำจากการอาเจียนและถ่ายเหลว ภาวะโปตัสเซี่ยมต่ำมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนขา เป็นตะคริว มือจีบ

- โรคร่วมทางกายที่พบบ่อย ได้แก่ diarrhea ประเมินจำนวนครั้งการถ่ายเหลวในแต่ละเวร ลักษณะอุจจาระ สี อาการอ่อนเพลีย อาการขาดน้ำและเกลือแร่ มีไข้จากการติดเชื้อ การขาดน้ำและเกลือแร่ cirrhosis ประเมินอาการตัวเหลือง ตาเหลือง ฝ่ามือแดง มี spider nervi ตามตัว ผอมน้ำหนักลดลง กล้ามเนื้อฝ่อ คันตามตัว ภาวะ wernicke encephalopathy ขาด thiamine เรื้อรัง ภาวะ korsakoff encephalopathy ขาด thiamine เฉียบพลัน

๑.๗ การประเมินทางด้านสังคม เช่น บุคลิกภาพและความสามารถในการปรับตัวและแก้ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ความรุนแรงในครอบครัว การหย่าร้าง การมีปัญหาในที่ทำงาน การตกงาน การประกอบอาชีพและแหล่งสนับสนุนทางสังคม

๑.๘ การประเมินด้านจิตวิญญาณ เกี่ยวกับทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม สิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิตเช่นเชื่อว่าการดื่มสุราไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ทำให้ไม่ยอมหยุดดื่มสุรา

๒. การวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis)

จากการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยติดสุราทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ติดสุราส่วนใหญ่มีปัญหาทางการพยาบาลทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม เช่น การรับรู้ระบบประสาทสัมผัสแปรปรวน มีความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันและการทำตามบทบาทหน้าที่ มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ มีภาวะแทรกซ้อนทางร่างกายจากการดื่มสุรานาน ฯลฯ มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุราที่มีโอกาสพบบ่อย ดังนี้

๒.๑ เสี่ยงต่อการเกิดอาการขาดสุรา

๒.๒ ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการขาดสุรา

๒.๓ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากภาวะงุนงงสับสนเนื่องจากหยุดดื่ม

๒.๔ เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น (ขณะเกิดภาวะ Delirium)

๒.๕ เสี่ยงต่อการขาดสารน้ำ อาหาร และอิเลคโตรไลท์

๒.๖ บกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน

๒.๗ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะชัก

๒.๘ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการชักหลังหยุดดื่มสุรา

๒.๙ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากแขนขาอ่อนแรง ภาวะงุนงงสับสน หรือจากฤทธิ์ของยา

๒.๑๐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกเนื่องจากเกร็ดเลือดต่ำ

๒.๑๑ เสี่ยงต่อภาวะตับบกพร่องจากการดื่มสุราเป็นเวลานาน

๒.๑๒ เสี่ยงต่อการกลับไปดื่มสุราซ้ำเนื่องจากขาดแรงจูงใจ ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม ขาดทักษะการเผชิญปัญหา ความเชื่อ และทัศนคติเกี่ยวกับการดื่มสุรา เป็นต้น

๓. การวางแผนการพยาบาล (nursing care plan) เมื่อได้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแล้วนำมาวางแผนการพยาบาลให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดสุรามีอาการทางจิตเวชและมีพฤติกรรม

ก้าวร้าว โดยมีเป้าหมายในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการขาดสุรา ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการอาการขาดสุรา และเมื่อเกิดอาการได้รับการดูแลและการช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสม จนเมื่ออาการขาดสุราดีขึ้นสามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆได้ เน้นการเสริมแรงจูงใจเพื่อลด ละเลิกและนำเข้าสู่ขบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ เกิดทักษะในการจัดการกับปัญหาต่างๆได้ และสามารถหยุดดื่มสุราอย่างต่อเนื่องได้

๔. การปฏิบัติการพยาบาล (implementation) การปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ติดสุรา มีอาการทางจิตเวชและมีพฤติกรรมก้าวร้าว จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย การจัดเตียงผู้ป่วยให้อยู่ใกล้ห้องพยาบาล การจัดสรรบุคลากรให้เพียงพอต่อการดูแล และสังเกตอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด การลดสิ่งกระตุ้นผู้ป่วย การดูแลให้ได้รับสารน้ำ อาหารอย่างเพียงพอ ตรวจเช็คสัญญาณชีพ การสังเกตอาการของการเกิดขาดสุรารุนแรงภาวะสับสนเพ้อ (delirium) ติดตามความสมดุลในการทำงานของไต การให้สารอาหารทางสายยางเมื่อจำเป็น การดูแลการให้ยารักษาผู้ป่วยติดสุรามีอาการทางจิตเวชและมีพฤติกรรมก้าวร้าว เฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการใช้ยา กิจกรรมการพยาบาลที่ควรให้ความสำคัญเพราะยาที่ผู้ป่วยได้รับอาจได้ทั้งวิธีการรับประทานและวิธีการฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ได้แก่ ยากลุ่มbenzodiazepines ,thiamine

๕.การประเมินผล (evaluation) การประเมินผลการปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยติดสุรามีอาการทางจิตเวชและมีพฤติกรรมก้าวร้าว จะประเมินผลตามผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้น และควรมีการประเมินผลในระยะยาวด้วยอย่างไรก็ตามการดูแลรักษาผู้ป่วยสุราอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งที่ค่อนข้างยากและมีค่าใช้จ่ายสูงดังนั้น บุคลากรทางสาธารณสุขจึงมักจะใช้วิธีการแนะนำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าการดื่มสุราแบบมีปัญหาหรือดื่มในระดับอันตราย จะทำให้ความสามารถในการควบคุมปริมาณการดื่มลดลง

จะเห็นได้ว่าพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วยติดสุรามีอาการทางจิตเวชและมีพฤติกรรมก้าวร้าว เริ่มจากการประเมินปัญหาประเมินภาวะขาดสุรา เพื่อการวางแผนการพยาบาลอย่างเหมาะสม โดยครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะระยะขาดสุราของผู้ป่วย (alcohol withdrawal) ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยในระยะนี้ ควรจะมีรูปแบบหรือแนวทางที่ชัดเจนเพื่อให้พยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีมาตรฐาน ก่อให้เกิดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งแนวทางการพัฒนามีหลายแนวทางด้วยกัน การพัฒนาโดยการจัดโครงการเพื่ออบรมให้ความรู้และให้ผู้เข้าร่วมอบรมร่วมกันกำหนดรูปแบบ และแนวทางในการปฏิบัติการประเมินสภาพและการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดสุราในภาวะวิกฤติฉุกเฉินเป็นอีกแนวทางหนึ่ง เพื่อให้ได้มาซึ่งระบบการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นจริง และตอบสนองความต้องการของทั้งผู้บริการและผู้รับบริการ การพยาบาลผู้ป่วยติดสุรามีอาการทางจิตเวชและมีพฤติกรรมก้าวร้าว แบ่งการให้การพยาบาลเป็น ๓ ระยะดังนี้

๑ ระยะแรกรับ (Initial phase) ในช่วง ๑-๗ วันแรก

๑.๑ ประเมินความรุนแรงของภาวะขาดสุราโดย

ก. Check v/s ทุก ๑ ชั่วโมง ใน ๒๔ ชั่วโมงแรก และทุก ๔ ชั่วโมง จน Stable และตรวจร่างกายเบื้องต้นเพื่อแยกโรคร่วม

ข. ประเมิน CIWA-Ar ทุก ๑ ชั่วโมง ใน ๒๔ ชั่วโมงแรก ชั่วโมงจนครบ ๗๒ และประเมินทุก ๔ ชั่วโมง จนครบ ๗ วัน) หากคะแนน มากกว่า ๑๕ ให้ยา prn ตามแผนการรักษาและรายงานแพทย์หากอาการไม่ดีขึ้น

ค. ประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยสังเกตจากอาการ เช่น หน้ามืด ตาลาย ใจสั่นหวิว ๆ อ่อนเพลีย เหงื่อออก มือเท้าเย็น อุณหภูมิต่ำ ชีพจรเบาเร็ว (หากพบอาการ ให้ดื่ม น้ำหวาน ๑ แก้วทันที) หลังจากนั้นรายงานแพทย์ทราบ

ง. เฝ้าระวังสังเกตอาการจากภาวะแร่ธาตุในเลือดไม่สมดุล เช่นหาก โปรตัสเซียมต่ำจะมีอาการอ่อนเพลีย แขนขาอ่อนแรง ชีพจรเต้นเร็วไม่สม่ำาเสมอ เป็นต้น ให้ รายงานแพทย์และให้ยาตามแผนการรักษา เช่น KCL Elixir หรือ ในกรณีโซเดียมต่ำ จะมีอาการเป็น ตะคริว กระตุกตามตัว มือแขนขาสั่น เป็นต้น

จ. เฝ้าระวังอาการชักที่เกิดขึ้นใน ๒๔ ชั่วโมงแรก โดยสังเกตจากผล FBS ต่ำ ระยะเวลาที่ขาดแอลกอฮอล์ แร่ธาตุในเลือดที่ไม่สมดุล เป็นต้น รวมทั้งการเฝ้าระวังอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้จากการชัก

ฉ. ประเมินภาวะเสี่ยงจากภาวะความดันโลหิตสูง โดยสังเกตจากอายุ ชีพจร ระยะเวลาที่ขาดแอลกอฮอล์ ระดับความรุนแรง ตลอดจนเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นการแนะนำช่วยเหลือเบื้องต้น และรายงานแพทย์ทราบ

ช. เฝ้าระวังอุบัติเหตุหรืออันตรายมิให้เกิดต่อผู้ป่วย บุคคลอื่น สิ่งของโดยตรวจ เยี่ยมผู้ป่วยทุกครึ่งถึง ๑ ชั่วโมง

ซ. จำกัดพฤติกรรมเมื่อผู้ป่วยควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมไม่ได้โดยการผูกยึดและให้ยา prn ตามแผนการรักษาเพื่อให้อาการทางจิตสงบ.

๑.๒ เรียกชื่อผู้ป่วยและบอกให้ทราบทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล

๑.๓. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ วัน เวลา สถานที่ บุคคลซ้ำ ๆ

๑.๔. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดแบบหนึ่งต่อหนึ่งจนผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ

๑.๕. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษาเช่น CBC, VDRL, UA, FBS, BUN, Cr และ รายงานผล Lab ด่วนในกรณีมีความผิดปกติ

๑.๖. จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดโดยจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ อากาศถ่ายเทดี แสงสว่างเพียงพอ

๑.๗. ดูแลให้ได้สารน้ำา IV fluid ตามแผนการรักษาของแพทย์ และเฝ้าระวังอาการที่อาจเกิดขึ้นจากการให้ IV เช่นมีผื่นขึ้น มีไข้ หอบเหนื่อย หนาวสั่น

๑.๘ ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียงของยา ตลอดจนการเสริมฤทธิ์ของยาบางตัวที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้

๑.๙. ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลให้แก่ผู้ป่วย เช่นอาบน้ำ แปรงฟัน เปลี่ยนเสื้อผ้า

๒ ระยะกลาง (Intermediate phase) ในช่วง ๑๐-๑๔ วัน

๒.๑. สร้างสัมพันธภาพอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ

๒.๒ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายปัญหา ความคับข้องใจและภาวะหวาดระแวงที่ยังมี อยู่ ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกไร้ค่าความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ ด้วยท่าทีแสดงความเข้าใจ ฟังอย่าง ตั้งใจ สะท้อนความรู้สึกและค้นหาข้อมูลเพิ่มเติม

๒.๓ ให้ข้อมูลผู้ป่วยว่าอาการดังกล่าวที่เกิดขึ้นเป็นผลจากภาวะขาดสุราที่ ผู้ป่วยใช้ประจำ อาการดังกล่าวจะค่อย ๆ ดีขึ้นเมื่อได้รับการรักษาด้วยยา และกลุ่มกิจกรรมบำบัดประมาณ ๒ สัปดาห์

๒.๔ ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงจากการได้ยา พยาบาลให้ข้อมูลและช่วยเหลือเบื้องต้นหลังจากนั้นประสานงานกับเภสัชกรประจำตึกเพื่อประเมินผู้ป่วยและรายงานแพทย์เพื่อปรับแผนการรักษาที่เหมาะสม

๒.๕ ใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในการช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในการ สื่อสาร บอกความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นทราบ

๒.๖ ช่วยเหลือ แนะนำ สอนผู้ป่วย เกี่ยวกับการมีสุขภาพอนามัยดีโดยเฉพาะด้าน ความสะอาดร่างกาย การแต่งตัวที่เหมาะสม การมีสมดุลของการมีกิจกรรม เช่น ออกกำลังกาย

๒.๗ เมื่อผู้ป่วยอาการทุเลา สำรวจความเชื่อ ทัศนะคติ ต่อการใช้สุรา และสร้าง แรงจูงใจให้เกิดความตระหนักถึงผลกระทบของสุราและความจำเป็นในการรักษาด้วย BA, BI, MI เมื่อเกิด Stage of Change มาใช้ในการสร้างแรงจูงใจและใช้หลักของ CBTเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดในการหยุดหรือลดการดื่มสุรา

๒.๘ ประเมินปัญหาครอบครัวและให้การช่วยเหลือตามสภาพปัญหา/Family Therapy

๒.๙ ทำจิตบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม ตามสภาพปัญหา

๒.๑๐จัดให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดผู้ป่วยสุรา โดยพยาบาลประจำการที่มีความรู้ความชำนาญในการทำกลุ่มได้ดี เพื่อสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง และให้ความรู้เกี่ยวกับความคิดที่ทำให้เกิดทุกข์ ตลอดจนการฝึกปรับเปลี่ยนความคิด

๒.๑๔ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองติดยา โรคร่วม อาการและการรักษา การสังเกตอาการเตือนการกลับไปใช้สุราซ้ำของผู้ป่วยและแนวทางทางการช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและญาติ

๓ ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ/ระยะเตรียมการก่อนกลับบ้าน (Pre discharge) ในช่วง ๑๕-๓๐ วัน

๓.๑. สังเกตความก้าวหน้าของอาการหลังได้รับยาและทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดไประยะหนึ่ง

๓.๒. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด กระตุ้นให้พูดระบายปัญหาความคับข้องใจและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย

๓.๓. ให้ข้อมูลผลกระทบของสุราต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ครอบครัว ตลอดจนการรักษา และประโยชน์ในการรับประทานตามแผนการรักษา

๓.๔. ร่วมกันหาแนวทางในการผ่อนคลายความเครียดและป้องกันการเกิดความเครียด โดยให้ผู้ป่วยบอกวิธีที่เคยใช้ก่อน และพยาบาลเสนอเพิ่มเติมเกี่ยวภูมิปัญญาตะวันออก เช่น การกดจุด การนวด การเกร็ง-คลายกล้ามเนื้อ การฝึกหายใจ การฝึกสมาธิ การอ่านหนังสือธรรมะ การออกกำลังกายสม่ำเสมอเป็นต้น

๓.๕. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยถึงความจำเป็นในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและการพบแพทย์

๓.๖. สอนทักษะการสื่อสารในครอบครัวแก่ผู้ป่วย และครอบครัว วิธีการผ่อนคลายความเครียด การเผชิญกับความเครียด การจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึกทางลบได้อย่างเหมาะสม

๓.๗. เตรียมความพร้อมของผู้ป่วย และครอบครัว แนะนำแหล่งสนับสนุนทางสังคมจิตใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว คลินิกให้คำปรึกษาโรงพยาบาลใกล้บ้านเป็นต้น

๓.๘. ประสานงานกับจิตเวชชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่เหมาะสม

การวางแผนการจำหน่ายตามรูปแบบ D-METHOD

D - Disease ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้รับการเตรียมความรู้เกี่ยวกับการติดยาและสารเสพติด อาการสำคัญภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นผลจากภาวะถอนพิษยา การเฝ้าระวังสังเกตอาการของผู้ป่วย ผู้ดูแลสามารถบอกอาการให้ทีมรักษาทราบได้ โดยแนวทางการปฏิบัติ คือ ผู้ป่วย ผู้ดูแลจะได้รับความรู้เรื่องโรคสมองติดยา อาการถอนพิษยา ภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วม รวมทั้งตัวกระตุ้นที่สำคัญจากแพทย์ผู้รักษา พยาบาลประจำตึกการให้สุขภาพจิตศึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม เช่น counseling, Individual, Brief Motivational Advice (BA), Brief Motivational Intervention (BI)

M - Medication ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้รับการเตรียมความรู้เกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับอย่างละเอียด โดยแพทย์ผู้รักษา เภสัชกร หรือพยาบาล หรือจากเอกสารแผ่นพับความรู้เรื่องยา ได้แก่ ชื่อยา การออกฤทธิ์วัตถุประสงค์ ความจำเป็นในการใช้ยา วิธีการใช้ ขนาด ปริมาณ จำนวนครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา รวมทั้งการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนต่างๆ แนวทางแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ความสามารถของผู้ดูแล หรือหน่วยงานที่จะช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

E - Environment & Economic ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการเตรียมความรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อม สิ่งของ และสถานที่ที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ การใช้แหล่งประโยชน์จากชุมชน รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคมซึ่งจะมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และความสามารถของผู้ดูแล หรือหน่วยงานที่จะช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมตัวก่อนจำหน่ายกลับชุมชน โดยการให้สุขศึกษาเรื่องโรค สมองติดยา อาการถอนพิษยา ภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วม รวมทั้งตัวกระตุ้นที่สำคัญและการจัดการกับตัวกระตุ้น การฝึกทักษะการปฏิเสธ การเข้ากลุ่มกิจกรรมต่างๆภายในตึก การให้คำปรึกษาญาติทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม ตลอดจนการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล ใกล้บ้านหรือสำนักงานคุมประพฤติ

T - Treatment ผู้ป่วยยาและสารเสพติดและผู้ดูแลต้องทราบ และเข้าใจเป้าหมาย แผนการรักษาและกระบวนการรักษา การปฏิบัติเกี่ยวกับโรค รวมทั้งต้องมีความรู้เพียงพอในการจัดการกับภาวะฉุกเฉินได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม และได้รับการเตรียมทักษะที่จำเป็น ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และความสามารถของผู้ดูแล หรือหน่วยงานที่จะช่วยเหลือ เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวในการตรวจต่างๆ ทั้งขณะอยู่

รักษา และเมื่อมาตามนัดหลังจำหน่ายผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้รับความรู้เรื่องการรักษา การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรค และข้อจำกัดของตนเองในขณะอยู่รักษาโดยแพทย์ เภสัชกรและพยาบาลประจำตึก มีการให้ความรู้ในเรื่องภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเนื่องจากการใช้ยาเสพติด เช่น ผู้ป่วยสุรามีอาการชัก ภาวะเพ้อสับสน ความจำเสื่อมจากการดื่มสุรา ภาวะตับแข็ง โรคกระเพาะอาหารฯลฯ ตลอดจนการตรวจพิเศษต่างๆ เช่น การตรวจเลือด การตรวจสมอง การตรวจปัสสาวะ เป็นต้น

H - Health ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องเข้าใจภาวะสุขภาพของผู้ป่วยว่ามีข้อจำกัดอะไรบ้าง เข้าใจผลกระทบของภาวะความเจ็บป่วยต่อร่างกาย การดำเนินชีวิตประจำวัน กิจกรรม การเคลื่อนไหว การประกอบอาชีพ การเรียน และผู้ป่วยสามารถปรับวิถีชีวิตการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ รวมทั้งการส่งเสริม ฟื้นฟูสมรรถภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งจะมีการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ โดยแพทย์ผู้รักษา พยาบาลที่ผู้ป่วยนอก นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ที่ซักประวัติผู้ป่วย พยาบาลประจำตึก การทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาทั้งผู้ป่วย การทำกลุ่ม และก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีการให้คำปรึกษา ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล

O - Outpatient referral ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องเข้าใจและทราบความสำคัญของการมาตรวจตามนัดทั้งเวลา และสถานที่ ต้องทราบว่าควรติดต่อขอความช่วยเหลือจากใครได้บ้างในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน หรือมีอาการเฉียบพลัน โดยแพทย์ และพยาบาล นอกจากนี้ยังรวมถึงการส่งต่อแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สะดวกในการมาพบแพทย์ตามแพทย์นัด โดยหลังการจำหน่ายจะมีการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

D - Diet ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องเข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหารหรือสารน้ำได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ หรืออาหารที่มีปฏิกิริยาทางลบต่อยาที่รับประทานหรือรวมทั้งวิธีการจัดหา/เตรียมอาหารเฉพาะโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคตับ โรคกระเพาะอาหาร โรคเบาหวาน โรคสมองเสื่อม เป็นต้น โดยพยาบาลประจำตึก โภชนากร และเภสัชกร การให้สุขภาพจิตศึกษาทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม ตลอดจนการสอดแทรกความรู้ในการเข้ากลุ่มกิจกรรมต่างๆ ที่ผู้ป่วยได้รับ

บทที่ ๔
กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยสุราที่มีอาการจิตเวชและมีพฤติกรรมก้าวร้าว

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๕๑ปี รูปร่างผอมสูง ส่วนสูง ๑๖๘ ซม.น้ำหนัก ๕๒ กก. สถานภาพหย่า เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ การศึกษาอนุปริญญา อาชีพ ว่างงาน ภูมิลำเนา อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา

สิทธิการรักษา หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาในระบบสมัครใจ เป็นครั้งที่ ๓ เมื่อวันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๖ วันที่อยู่ในความดูแล ๑๐ มกราคม ๒๕๖๖ ถึง วันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ รวมระยะเวลา ๓๖ วัน จำหน่ายด้วยแพทย์อนุญาต

แหล่งข้อมูล : จากการซักประวัติผู้ป่วย ญาติ และแฟ้มประวัติผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพผู้ป่วย

การวินิจฉัย

- F ๑๐.๕ : Mental and behavioural disorders due to use of alcohol at psychotic disorder ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพสุรา

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

รับส่งต่อจากโรงพยาบาลสงขลา ๑ วันก่อนมาโรงพยาบาล ดื่มสุราขาว เอะอะอาละวาด ก้าวร้าว พูดเสียงดัง ทำลายข้าวของในบ้าน ทุบฝาบ้านของเพื่อนบ้าน ไม่นอนทั้งคืน มีหูแว่ว หวาดระแวงคิดว่ามีคนจะมาทำร้าย

แรกรับ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบพอรู้เรื่อง บอกมีหูแว่วได้ยินเสียงคนพูดคุยกันตลอดเวลา กลัวจะมาทำร้ายตัวเอง สับสนวัน เวลา CIWA ๕ คะแนน

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน (ประวัติการใช้สารเสพติด)

มีประวัติดื่มสุรามา ๓๐ ปี ดื่มสุราขาวครั้งละ ๑/๒ – ๑ ขวดกลม ดื่มคนเดียวและเพิ่มปริมาณมากขึ้นเวลาเข้าสังคมกับเพื่อน พยายามหยุดดื่มหลายครั้ง มีประวัติรักษาที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลสงขลารักษาไม่ต่อเนื่อง มีประวัติรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ๒ ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ ๑ ๑๘ ก.ค. ๒๕๖๕ เข้ารับการบำบัดรักษาด้วยโรงพยาบาลสงขลาแนะนำให้รักษาแบบผู้ป่วยใน ๗ วันก่อนมาเมาปีนหลังคาและตกลงมา มีแผลเย็บที่ศีรษะและต้นขาขวา ๖ เข็มหยุดดื่มเองได้ ๗ วัน แต่ยังอยากดื่ม จึงมาโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา แรกรับ ถามตอบรู้เรื่องดี มีสับสนเป็นบางครั้ง CIWA – Ar เท่ากับ ๒ มีมือสั่นปลายมือ กังวล และมีอาการชักขณะบำบัดระยะบำบัดด้วยยา อยู่บำบัดระยะบำบัดด้วยยา ๓๗ วัน จำหน่ายกลับบ้านวันที่ ๒๔ ส.ค.๖๕ นัดติดตามผลหลังการรักษา ๒ สัปดาห์ วันที่ ๗ ต.ค.๖๕ ผู้ป่วยไม่มาตามนัด

ครั้งที่ ๒ ๑๗ ต.ค. ๒๕๖๕ ดื่มสุราครั้งละ ๑/๒ – ๑ ขวดแบน เข้ารับการบำบัดรักษาด้วย ก้าวร้าว โวยวาย หวาดระแวง กลัวคนมาทำร้าย อาการพูดคนเดียว มีหูแว่ว ประสาทหลอน คะแนน CIWA – Ar แรกรับ เท่ากับ ๕ มีอาการขาดสุรารุนแรง Delirium ขณะบำบัดระยะบำบัดด้วยยา จำหน่ายกลับบ้านวันที่ ๗ พ.ย.๖๕ รวมอยู่บำบัดระยะบำบัดด้วยยา ๒๑ วัน นัดติดตามผลหลังการรักษา ๑ สัปดาห์ วันที่ ๑๕ พ.ย.๖๕ มาพบแพทย์ตามนัด ๑ ครั้ง หยุดดื่มสุราได้ นอนหลับได้ ไม่มีอาการหูแว่ว นัดครั้งต่อไปอีก ๒ สัปดาห์ ผู้ป่วยไม่มาตามนัด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธการเจ็บป่วยทางกาย โรคติดต่อร้ายแรง โรคประจำตัวอื่นๆ
ไม่เคยประสบอุบัติเหตุร้ายแรงหรือมีอุบัติเหตุศีรษะกระแทก
ไม่เคยเข้ารับการผ่าตัดรักษา
ปฏิเสธการแพ้ยา มีประวัติการชักหลังหยุดดื่ม ปี ๒๕๖๔
เคยมีหูแว่ว เห็นภาพหลอน ปี ๒๕๖๔ หลังจากบำบัดรักษาอาการดีขึ้น

ประวัติครอบครัว

สถานภาพสมรส หย่า ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับมารดาและน้องสาว บิดาเสียชีวิต ผู้ป่วยไม่ได้ทำงาน บุตรชายให้เงินใช้จ่าย เดือนละ ๒๐๐๐ – ๓๐๐๐ บาท สมาชิกในครอบครัว ปฏิเสธการใช้ยาและสารเสพติดทุกชนิด

การประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ

๗.๑ การประเมินทางชีวภาพ
- อุณหภูมิ ๓๖.๗ องศาเซลเซียส
- ชีพจร ๙๒ ครั้ง/นาที
- การหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที
- ความดันโลหิต ๑๒๓/๙๑ มิลลิเมตรปรอท
- น้ำหนัก ๕๒ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๘ เซนติเมตร BMI= ๑๘.๔ ผอม

๗.๒ การประเมินสภาพโดยทั่วไป

ผู้ป่วยชายไทยวัยกลางคน ลักษณะโดยทั่วไป รูปร่างผอมสูง ผิวสีดำแดง สีหน้าท่าทางไม่สดชื่น ไม่เต็มใจบำบัดรักษา

การตรวจร่างกายและประเมินภาวะสุขภาพ

๑ ผิวหนัง
- ลักษณะผิวหนังแห้ง เล็บมือ เล็บเท้ายาวไม่สะอาด

๒ ศีรษะ ใบหน้า ลำคอและทรวงอก
- ศีรษะ : ขนาดของศีรษะปกติ สมมาตรกัน ผมสีดำ ตัดสั้น การกระจายของเส้นผมปกติ หนังศีรษะไม่มีผื่น ไม่มีรังแค หรือแผลที่ศีรษะ ต่อมน้ำเหลืองบริเวณท้ายทอยไม่โต
- ใบหน้า : รูปร่างปกติเหมือนกันทั้งสองข้าง ไม่มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า

- ตา : ตาทั้งสองข้างมองเห็นปกติ หนังตาไม่ตก ไม่บวม การเคลื่อนไหวของลูกตา ปกติ เยื่อบุตาไม่ซีด ตาขาวไม่เหลือง รูม่านตากลมดำขนาด ๒.๕ มิลลิเมตร เท่ากันทั้งสองข้าง มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติ

- หู : รูปร่างใบหูทั้งสองข้างปกติ การได้ยินเสียงปกติ ปกติ ไม่มีรอยโรค ไม่พบก้อนเนื้อบวมบริเวณหูด้านนอก หูทั้งสองข้างสมมาตรกันดี ไม่มีรอยถลอกหรือการอักเสบ ไม่มี discharge ออกจากหู

- จมูก : เยื่อบุจมูกสีชมพู ผนังกั้นจมูกอยู่ตรงกลาง ไม่มีของเหลวออกจากจมูกแผล หรือจุดเลือดออก

- ปากและช่องคอ : ริมฝีปากค่อนข้างคล้ำ เยื่อบุปากค่อนข้างซีด ไม่มีแผล เหงือกปกติ สีค่อนข้างซีด มีฟันผุ ๔ ซี่ ไม่มีฝ้าที่ลิ้น ต่อมทอนซิลไม่โต ช่องคอไม่พบสิ่งผิดปกติ

- คอ : หลอดลมอยู่ตรงกึ่งกลาง ตั้งสมมาตรกับลำตัว ต่อมไทรอยด์คลำไม่โต คอไม่แข็ง การเคลื่อนไหวปกติ ต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ และใต้คางไม่โตทรวงอก และทางเดินหายใจ

- ลักษณะทั่วไปของทรวงอกปกติ : การหายใจเข้า ออกปกติ ทรวงอกขยายเท่ากัน ๒ ข้าง การหายใจสะดวก อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที การเคาะปอดได้ยินเสียง resonance, breath sound ของปอดทั้งสองข้างดังเท่ากัน ไม่มีเสียง crepitation

๓ ระบบหัวใจ และหลอดเลือด

- เส้นโลหิตดำที่คอไม่โป่ง หัวใจเต้นแรงสม่ำเสมอ ได้ยินเสียงชัดเจน อัตราการเต้นของหัวใจ ๙๒ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๒๓/๙๑ mmHg ไม่มีเสียง murmur คลำชีพจรได้ชัดเจน

๔ ระบบทางเดินอาหาร และท้อง

- หน้าท้องราบเหมือนกันทั้งสองข้าง ไม่โป่งพอง ไม่เห็นเส้นโลหิตดำหรือจุดเลือดออก ไม่มีแผลเป็น เสียงลำไส้ปกติ เคาะท้องเสียงกังวานทั่วไป หน้าท้องคลำไม่พบก้อน ตับม้าม ไม่โต กดไม่เจ็บ ต่อมน้ำเหลืองขาหนีบไม่โต

๕ ระบบประสาท

- การทรงตัวดี ลักษณะการพูดปกติ ถามตอบตรงคำถาม การเคลื่อนไหวของแขนขาปกติ ระบบ motor กล้ามเนื้อ ไม่อ่อนแรงหรือเต้น แขนขาไม่สั่น ท่าเดินปกติ ประสาทสัมผัสการรับความรู้สึกเจ็บปวด สั่นสะเทือน และสัมผัสเบาๆ ปกติ

๖ ระบบกล้ามเนื้อ และกระดูก

- ความตึงตัวของกล้ามเนื้อตึงตัวดี กล้ามเนื้อไม่ลีบ ลักษณะของข้อและการเคลื่อนไหวปกติ การเคลื่อนไหวของข้อนิ้วมือ ข้อมือ ข้อศอก ข้อไหล่ ข้อเข่า ข้อเท้า และนิ้วเท้าปกติ

๗ ระบบการขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ

- ปัสสาวะสีเหลืองอ่อนปกติ ไม่มีปัสสาวะแสบขัด ไม่มีกระปริบกระปรอย

- อุจจาระปกติ

๘ ระบบสืบพันธุ์

- ปกติ ไม่มีลักษณะบวม

การตรวจสภาพจิต : TMSE (Thai Mental State Examination)

วันที่ ๓๐ มกราคม ๒๕๖๖

๙.๑ Orientation บอกวัน, วันที่, เดือน, ช่วงของวัน ใคร ได้อย่างถูกต้อง

๙.๒ Registraion สามารถพูดตามของ ๓ อย่างได้อย่างถูกต้อง

๙.๓. Attention บอกวันย้อนหลัง วันอาทิตย์ วันเสาร์ ศุกร์ พฤหัสบดี พุธ อังคาร จันทร์ ได้

๙.๔. Calculation สามารถลบเลข ๑๐๐-๗ ไปเรื่อยๆ ๓ ครั้ง ๑๐๐ ๙๓ ๘๖ ๗๙

๙.๕. Language

๑ ถามว่าสิ่งนี้เรียกว่าอะไร (ปากกา, กระดานรอง)

๒ ให้พูดตาม “ยายพาหลานไปซื้อขนมที่ตลาด”

๓ ทำตามคำสั่ง ๓ ขั้นตอน บอกทั้งประโยคพร้อมๆ กัน)

๔ อ่านข้อความแล้วทำตาม “หลับตา”

๕ วาดภาพได้เหมือนตัวอย่าง

๖ กล้วยกับส้มเหมือนกันคือ.....(เป็นผลไม้)

แมวกับหมาเหมือนกันคือ.....(เป็นสัตว์,เป็นสิ่งมีชีวิต)

๙.๖. Recall ถามของ ๓ อย่างที่ให้จำตามข้อ ๒ ได้ ๒ อย่าง

สรุปผลการตรวจสภาพจิต ๒๔ คะแนน ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ความจำปกติ

ประเมินแบบแผนสุขภาพ ประเมินโดยใช้กรอบแนวคิด ๑๑ แบบแผนของกอร์ดอน

๑. แบบแผนการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพ (health perception and health management pattern) ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองทั้งในอดีตและปัจจุบันเกี่ยวกับโรคอาการที่เป็นอยู่ตามรายละเอียด ดังนี้

๑.๑ โรคประจำตัว : ไม่มี

๑.๒ ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ใช้ประจำ : ไม่มี

๑.๓ การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย : จะซื้อยากินเอง ถ้าไม่หายจะไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน

๑.๔ ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย : แม่ ลูกชาย

๑.๕ การรักษา : รักษาแบบผู้ป่วยนอกคลีนิคจิตเวช โรงพยาบาลสงขลา และรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา จำนวน ๒ ครั้ง รวมครั้งนี้เป็นครั้งที่ ๓

๑.๖ การผ่าตัด : ปฏิเสธการผ่าตัด

๑.๗ ความรู้สึกต่อภาวะสุขภาพหรือการเจ็บป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยยอมรับว่าการดื่มสุราเป็นปัญหาอยู่ในระดับรุนแรง ทำให้มีอาการชัก มีหูแว่ว จึงมาบำบัดรักษา

๑.๘ ดื่มสุราขาว วันละ ๑/๒ – ๑ ขวดกลม

๑.๙ การแพ้ (ยา/อาหาร/สารเคมี) : ไม่มี

๑.๑๐ ความคาดหวังในการเข้ารับการรักษาครั้งนี้ : หายจากอาการหูแว่ว หวาดระแวง กลัวคนมาทำร้าย

สรุปผล แบบแผนที่ ๑ : การรับรู้ปัญหาสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเองบกพร่อง

๒. แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร (nutritional metabolic pattern)

๒.๑ การรับประทานอาหาร : รับประทานเองช่วยเหลือตัวเองได้

๒.๒ ปัญหาในการรับประทานอาหาร : ไม่มี

๒.๓ รสชาติอาหารที่ชอบ : ทานอาหารได้ทุกชนิด ไม่ทานอาหารเผ็ด

๒.๔ การดื่มน้ำ : วันละ ๖-๘ แก้ว

๒.๕ น้ำหนักและส่วนสูง : น้ำหนัก ๕๒ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๘ เซนติเมตร BMI = ๑๘.๔ อยู่ในเกณฑ์ผอม (ค่าปกติ ๑๘.๕ – ๒๒.๙) ในช่วงเวลา ๖ เดือนที่ผ่านมาน้ำหนักคงที่

๒.๖ สุขภาพของผิวหนัง เล็บ ผม : ปกติ

๒.๗ ระบบย่อยอาหาร : ปกติ

สรุปผล แบบแผนที่ ๒ : ปกติ

๓. แบบแผนการขับถ่าย (elimination pattern)

๓.๑ ปัสสาวะ : ๗-๘ ครั้ง/วัน ลักษณะปกติ สีเหลืองใส

๓.๒ อุจจาระ : ถ่ายปกติทุกวัน วันละ ๑ ครั้ง ไม่ใช้ยาระบาย

๓.๓ การสูญเสียเหงื่อ : ปกติ

สรุปผล แบบแผนที่ ๓ : ปกติ

๔. แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย (activity exercise pattern)

๔.๑ การเคลื่อนไหว : ปกติ

๔.๒ การทำกิจวัตรประจำวัน ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง

๔.๓ การออกกำลังกาย : ปกติไม่ออกกำลังกาย

๔.๔ งานอดิเรกที่ทำ : ดื่มสุราขาว

สรุปผล แบบแผนที่ ๔ : แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกายบกพร่อง

๕. แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน (sleep rest pattern)

๕.๑ ลักษณะของการหลับ : นอนหลับปกติ แต่ในช่วงที่ดื่มสุรามาก นอนไม่หลับ

๕.๒ คุณภาพการนอนหลับ : นอนหลับสนิท ประมาณ ๕-๖ ชม./วัน ช่วงเวลา ๒๔.๐๐ น. ถึง ๐๖.๐๐ น. ในช่วงที่ใช้ดื่มสุรา กลางคืนไม่นอน กลางวันนอนประมาณ ๓-๔ ชั่วโมง

๕.๓ การนอนหลับกลางวัน : ตอนช่วงบ่าย ในช่วงดื่มสุรานอนหลับไม่เป็นเวลา ไม่นอน

๕.๔ การใช้ยานอนหลับ : ไม่ใช้

๕.๖ การใช้เวลาว่างและการพักผ่อนหย่อนใจ: นั่งเฉยๆ ดื่มสุรา

สรุปผล แบบแผนที่ ๕ : แบบแผนการนอนหลับผิดปกติ

๖. แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ (cognitive perceptual pattern)

๖.๑ ระดับความรู้สึกตัว : ปกติ ระดับสติปัญญาอยู่ในระดับปกติ

๖.๒ การมองเห็นปกติ : มองเห็นไม่ชัด ไม่เคยตรวจสายตา ไม่มีต้อกระจก ตาไม่บอดสี

๖.๓ การพูด : ปกติ

๖.๔ การได้ยิน : ปกติ

๖.๕ การแสดงอารมณ์ : ไม่ค่อยสดชื่น หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย บางครั้งควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ มีพฤติกรรมก้าวร้าว เอะอะโวยวาย

๖.๖ ความคิด : ไม่มีอาการหลงผิดหรือหวาดระแวง ไม่มีความคิดทำร้ายตนเอง ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย

สรุปผล แบบแผนที่ ๖ : สติปัญญาและการรับรู้ การแสดงอารมณ์ ผิดปกติ

๗. แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (self- perception–self- concept pattern)

๗.๑ ความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง การมองตนเอง (perceived self) : ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองติดสุรา ทำให้มีปัญหาครอบครัวภรรยาเลิกแต่นานมากแล้ว การดื่มเป็นเรื่องธรรมดา แต่อย่าดื่มมาก

๗.๒ ตนเองตามการมองของผู้อื่นตามที่มี ที่เป็น ที่เกิดขึ้นจริง (real self) : ผู้ป่วยคิดว่าถูกคนรอบข้าง แม่และลูกชายเป็นตัวปัญหาของครอบครัว

๗.๓ ตนเองในอุดมคติ (ideal self) : หยุดดื่มคงดี

๗.๔ การรับรู้หรือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self–esteem) : มีความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเองเรื่องที่ตนเองเป็นตัวปัญหาของครอบครัว

สรุปผล แบบแผนที่ ๗ : การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ผิดปกติ

๘. แบบแผนการทำหน้าที่ตามบทบาทความสัมพันธ์ (role-relationship pattern)

๘.๑ สัมพันธภาพสมาชิกในครอบครัว : แยกทางกันภรรยานานมากแล้ว เคยมีภรรยาใหม่แต่ก็เลิกกัน ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับมารดา และน้องสาว บ้านลูกชายอยู่ใกล้ และลูกชายให้เงินใช้เดือนละ ๒,๐๐๐-๓,๐๐๐ บาท ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวต่างคนต่างอยู่ ตัวเองทำให้แม่กับลูกเดือดร้อน

๘.๒ ผู้ที่หารายได้ หลักในครอบครัว คือ มารดาของผู้ป่วย ซึ่งประกอบอาชีพค้าขาย มีรายได้เดือนละ ๕,๐๐๐ บาท ส่วนตัวผู้ป่วยไม่ได้ทำอะไร

๘.๓ การเจ็บป่วยครั้งนี้ มีผลกระทบกับครอบครัว คือ ทำให้สภาพจิตใจของคนในครอบครัวรู้สึกไม่ดี เสียเงินรักษาตนเอง ลำบาก

๘.๔ ที่ผ่านมาเคยเกิดปัญหาวิกฤตในครอบครัว : หย่ากับภรรยา ครอบครัวผู้ป่วยเลี้ยงดูบุตรชาย ขาดการติดต่อกับภรรยา

๘.๕ การสื่อสารในครอบครัว: มักจะใช้คำพูดที่รุนแรง ดุด่า

๘.๖ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นหรือกับสังคม : แยกตัวจากสังคม ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเมาอยู่ที่บ้านคนเดียว ไม่สุงสิงกับใคร

สรุปผล แบบแผนที่ ๘ : ผิดปกติ เรื่อง สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี

๙. แบบแผนเพศสัมพันธ์ และการเจริญพันธุ์ (sexuality- reproductive pattern)

๙.๑ อวัยวะสืบพันธ์: ปกติ

๙.๒ การมีเพศสัมพันธ์: มีภรรยาและบุตร ๑ คนสถานะสมรส หย่า เคยมีภรรยาใหม่แต่ก็เลิกกัน

สรุปผล แบบแผนที่ ๙ : ปกติ

๑๐. แบบแผนการปรับตัวและการเผชิญความเครียด (coping–stress tolerance pattern)

๑๐.๑ เมื่อเกิดความเครียดหรือปัญหาสำคัญต่างๆ: ไม่มีความเครียดหรือปัญหาชีวิต ส่วนใหญ่ปัญหาเศรษฐกิจ ไม่มีเงินดื่มสุราต้องขอจากมารดาทุกวัน

๑๐.๔ บุคคลที่มีความสำคัญและจะให้การช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด ได้แก่ มารดา

๑๐.๕ ความต้องการการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาหรือจัดการกับความเครียดหรือความทุกข์ครั้งนี้ อยากเลิกดื่มสุราตามที่ทางมารดาขอร้อง

สรุปผล แบบแผนที่ ๑๐ : ผิดปกติ เรื่อง มีการปรับตัวและการเผชิญความเครียดไม่เหมาะสม

๑๑. แบบแผนค่านิยมและความเชื่อ (value–belief pattern)

๑๑.๑ การมีสิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ ได้แก่ มารดา

๑๑.๒ ขณะอยู่รักษาในโรงพยาบาลท่านต้องการทำศาสนกิจหรือกิจกรรมพิเศษเกี่ยวกับความเชื่อหรือไม่ : ไม่ต้องการ

๑๑.๓ การมีความหวังในชีวิต คือ หวังว่าจะหยุดดื่มสุราได้

สรุปผล แบบแผนที่ ๑๑ : ไม่ปฏิบัติตามหลักศาสนา

ผลการประเมินด้วยแบบประเมินอื่นๆ

๑. ผลการประเมินอาการขาดสุราด้วยแบบประเมิน CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Scale for Alcohol – Revised)

- วันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๖ คะแนน CIWA-Ar ๒ – ๕ คะแนน
- วันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๖ คะแนน CIWA-Ar ๓ – ๕ คะแนน
- วันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๖ คะแนน CIWA-Ar ๑๓ – ๑๘ คะแนน
- วันที่ ๑๓ มกราคม ๒๕๖๖ คะแนน CIWA-Ar ๖ – ๘ คะแนน
- วันที่ ๑๔ มกราคม ๒๕๖๖ คะแนน CIWA-Ar ๑ – ๕ คะแนน

๒. ประเมินทางสังคม อารมณ์ไม่มั่นคง หงุดหงิดง่าย มีประวัติทำร้ายมารดาเวลาเมาสุรา บุคลิกภาพแยกตัว การรับรู้ผลกระทบจากการเสพยาค่อนข้างน้อยแบบ Intellectual Insight , Stage of change ระยะ contemplation แรงจูงใจในการเลิกดื่มสุราค่อนข้างน้อย อาศัยอยู่กับมารดา ลูกชาย มีความขัดแย้งกับมารดาค่อนข้างบ่อยเรื่องการดื่มสุรา ต่างคนต่างอยู่กับลูกชาย แต่ลูกชายให้เงินใช้จ่ายเดือนละ ๒,๐๐๐ - ๓,๐๐๐ บาท

๓. ผลการประเมินด้วยแบบประเมินคัดกรองและส่งต่อผู้มีปัญหาการใช้ยาเสพติด/สารเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) v.๒ : อยู่ในระดับ ๓๙ คะแนน แสดงว่า ระดับผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดอยู่ในระดับสูง อนุมานว่าเป็นผู้ติดยาเสพติดรุนแรง

๔. ผลการประเมินปัญหาการดื่มสุรา Audit: Alcohol Use Disorders Identification Test = ๒๗ (มากกว่า ๒๐ คะแนน แปลผล ผู้ดื่มแบบติด)

๕. ผลการประเมินด้วยแบบคัดกรอง ๒Q ครั้งที่ ๑ เมื่อวันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๖ คะแนนเท่ากับ ๐ ถือว่า ไม่มีความเสี่ยงหรือไม่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า เฝ้าระวัง ประเมินซ้ำ ครั้งที่ ๒ เมื่อวันที่ ๒๔ มกราคม ๒๕๖๖ คะแนน เท่ากับ ๐ ถือว่า ไม่มีความเสี่ยงหรือไม่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า

๖. ผลการประเมินความเสี่ยง SAVE : S (suicide) = ๐ คะแนน ไม่มีความเสี่ยงทำร้ายตัวเอง ฆ่าตัวตาย, A (Accident) = ๖ คะแนน ความเสี่ยงระดับ ๒ = มีความเสี่ยงปานกลาง , V (Violen) = ๑๐ คะแนน พบว่า ความเสี่ยงระดับ ๒ = มีความเสี่ยงปานกลาง, E (Escape) = ๐ พบว่า ไม่มีความเสี่ยงหลบหนี

๗. ผลการประเมิน TMSE (Thai Mental State Examination) = ๒๖ คะแนน ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (สมองเสื่อมคะแนนน้อยกว่า ๒๓ คะแนน)

๘ ผลการประเมิน OAS (Overt Aggression Scale) = ๑ มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่นทั้งคำพูดและการแสดงออกกึ่งเร่งด่วน ยังสามารถรับฟังคำเตือนแล้วสงบลงได้

๙. ประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) : อยู่ในขั้นลังเลใจ (contemplation) อยากเลิกดื่มสุราตามที่ครอบครัวร้องขอ แต่ไม่แน่ใจว่าการควบคุมตนเองได้ดีหรือไม่ ยังไม่มั่นใจกับการมาบำบัดเพื่อเลิกสุราครั้งนี้

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ ๓ แสดงผลการตรวจเลือดทางเคมีคลินิก (Blood Chemistry) ตรวจวันที่ ๑๐ ม.ค. ๒๕๖๖ จากโรงพยาบาลสงขลา

รายการ	ผล	ค่าปกติ	หน่วย
Liver Function Test			
- Total Protein	๗.๙	๖.๔ - ๘.๒	Mg%
- Albumin	๔.๒	๔.๑ - ๕.๓	Mg%
- globulin	๓.๗	๒.๑ - ๓.๒	Mg%
- Total Billirubin	๐.๒	๐.๕ - ๑.๕	Mg%
- Direct Billirubin	๐.๑	๐.๒ - ๐.๘	Mg%
- SGOT (AST)	๓๗	๐ - ๔๐	U/L
- SGPT (ALT)	๑๑	๐ - ๔๐	U/L
- Alk.Phosphatase	๙๐	๓๙.๐ - ๑๑๗.๐	U/L
Electrolytes			
- K+(Potassium)	๔.๒	๓.๕-๕.๓	mmol/L
- NA+ (Sodium)	๑๓๗	๑๓๗-๑๕๐	mmol/L
- CL — (Chloride)	๑๐๒	๙๙-๑๑๑	mmol/L
- TCO๒ (carbondiox)	๓๒	๒๒-๓๔	mmol/L
CBC			
- WBC Count	๑๑,๐๐๐	๕,๐๐๐ - ๑๐,๐๐๐	Per cu.mm
RBC count	๕.๒๕	๓.๘๐-๖.๐๐	m/cu.mm
Hemoglobin	๑๔.๘	๑๓.๘ - ๑๗.๒	mg/dl
Hct	๔๖	๔๐.๗ - ๕๐.๓	%
MCV	๘๖	๘๐.๐ - ๑๐๐.๐	FL
MCH	๒๘.๒	๒๗.๐ - ๓๒.๐	pg
MCHC	๓๒.๕	๓๒.๐ - ๓๖.๐	g/dl
RDW%	๑๖.๗	๑๑.๕ - ๑๔.๕	%
Platelet Count	๑๖๔,๐๐๐	๑๕๐,๐๐๐ -	X๑๐๐๐

รายการ	ผล	ค่าปกติ	หน่วย
		๕๐๐,๐๐๐	cell/mm๓
Platelet estimate	adequate	adequate	
- Neutrophil	๗๔.๒	๕๕.๐ - ๗๕.๐	%
Lymphocyte	๒๐	๒๕.๐ - ๔๐.๐	%
Monocyte	๓.๙	๒.๐ - ๘.๐	%
Eosinophil	๑.๘	๑.๐ - ๗.๐	%
Normochromia	/		
normocytosis	/		

วันที่ ๑๑ มค.๒๕๖๖ ผลการตรวจ Covid ๑๙-Ag test Negative

วันที่ ๑๒ มค. ๒๕๖๖

รายการ	ผล	ค่าปกติ	หน่วย
Electrolytes			
- K+(Potassium)	๓.๘๓	๓.๕-๕.๓	mmol/L
- NA+ (Sodium)	๑๔๓	๑๓๗-๑๕๐	mmol/L
- CL ─ (Chloride)	๑๐๒.๑	๙๙-๑๑๑	mmol/L
- TCO๒ (carbondiox)	๓๓	๒๒-๓๔	mmol/L
Other Lab			
Magnesium	๒.๒๙		
Calcium	๙.๐๓	๘.๑ – ๑๐.๔	mg/dl
Phosphorus	๓.๐	๒.๕ – ๕.๐	mg/dl

ผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ ปกติ

ตารางที่ ๔ แสดงผลการตรวจปัสสาวะ (Urine Examination)

UA			
รายการ	**ผล**	**ค่าปกติ**	**หน่วย**
Color Urine	Yellow	Yellow	
Appearance	clear	clear	
Urine specific gravity	๑.๐๑๐	๑.๐๑๐ – ๑.๐๓๐	
Urine pH	๖		
Urine bilirubin	Negative	Negative	
Urobillinogen	Negative	Negative	
Urine ketone	Negative	Negative	

Urine Ascorbic	-	Negative	
Urine Blood	Negative	Negative	
Urine Protein	Negative	Negative	
Urine Glucose	Negative	Negative	
Leucocytes	Negative	Negative	
Nitrite	Negative	Negative	
WBC	๐ – ๑	๐ – ๕	Cell/HPF
RBC	๐ – ๑	๐ – ๕	Cell/HPF
Epithelial cell	Squamous Epithelial cell	๐ – ๑	Cell/HPF
Bacteria	Negative	Negative	/HPF
Mucous	Negative	Negative	/HPF
Casts	Negative		/LPF
Crystal	Negative		/HPF
Amorphous	Trace		/HPF
Other of U/A	-		

ผลการตรวจปัสสาวะ (Urine Examination) ปกติ

แผนการรักษาที่ได้รับ

แรกรับ วันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๖

- Regular Diet
- Record V/S, CIWA-Ar until Stable

<u>Medication</u>

- Lorazepam (๑ mg.) ๑ x ๒ Oral pc เช้า – เที่ยง
- Lorazepam (๑ mg.) ๒ tab pc เย็น
- Lorazepam (๑ mg.) ๓ tab ก่อนนอน
- Lorazepam (๑ mg.) ๑ tab PRN เวลานอนไม่หลับ
- B ๑-๖-๑๒ ๑ x ๓ Oral pc
- Folic acid ๑ x ๑ Oral pc เช้า
- Thiamine (๕๐๐ mg) + ๐.๙ % NSS ๑๐๐ cc. เข้าเส้นเลือดดำวันละ ๑ ครั้ง ๓ วัน
- Valium (๑๐) ๑ amp V prn.และตาม CIWA-Ar
- Dilantin (๑๐๐) ๑ x ๓ Oral pc
- Haloperidal (๐.๕) ๑ x ๓ Oral pc เช้า, เย็น, ก่อนนอน

ตารางที่ ๕. สรุปอาการและการเปลี่ยนแปลง แผนการรักษาและกิจกรรมพยาบาลขณะอยู่โรงพยาบาล

วันเดือนปี	**อาการและการเปลี่ยนแปลง**	**แผนการรักษาและกิจกรรมการพยาบาล**	**ประเมินผล**
วันที่ ๑๐ ม.ค๖๖ (แรกรับ)	- ผู้ป่วยถามตอบพอรู้เรื่อง บอกมีเสียงในหู บอกวันผิดมากกว่า ๒วัน รู้เวลาสถานที่ CIWA-Ar = ๕ คะแนน	- check V/S, CIWA-Ar ตามแผนรักษาผู้ป่วยสุรา - เฝ้าระวังอาการขาดสุรา - ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ - ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด - ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์	- ผู้ป่วยไม่มีภาวะ Delirium
วันที่ ๑๑ ม.ค๖๖	-ผู้ป่วยถามตอบพอรู้เรื่อง ไอมีเสมหะขาวข้น บอกวันผิดมากกว่า๒วัน รู้เวลาสถานที่ CIWA-Ar=๓ คะแนน	-แนะนำจิบน้ำอุ่นบ่อยๆ - ส่งตรวจATK ผล negative - Dextrometrophen ๑ x ๓ Oral pc. - Flumucil ๑ x ๓ Oral pc	
วันที่ ๑๒ ม.ค๖๖ เวลา ๑๘.๓๐ น.	- ผู้ป่วย กระสับกระส่าย สับสน เริ่มวุ่นวาย คิดว่าอยู่บ้าน หูแว่ว ตะโกนเสียงดัง CIWA-Ar = ๑๓ คะแนน	- รายงานแพทย์ - Lorazepam ๑ mg ๒ เม็ด stat - จำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัดไว้ที่เตียง - ดูแลผู้ป่วยขณะผูกมัด	- ผู้ป่วยสงบลง ยังมีอาการหลอนประสาท
วันที่ ๑๒ ม.ค๖๖ เวลา ๒๑.๓๐ น.	- ผู้ป่วยวิตกกังวล กระสับกระส่ายมากขึ้น มีอาการประสาทหลอน มือสั่นมาก CIWA-Ar = ๑๓-๑๕ คะแนน	- รายงานแพทย์ - Valium ๑๐ mg IV at ๒๑.๓๐ น. - อีก ๓๐ นาทีให้รายงานแพทย์ซ้ำ - เฝ้าระวังอาการผิดปกติตามแบบ high alert drug	-ผู้ป่วยสงบลงหลับได้
วันที่ ๑๒ ม.ค๖๖ เวลา ๒๓.๕๐ น.	- ผู้ป่วยตื่นขึ้น ตะโกนเสียงดัง กระสับกระส่าย เอะอะอาละวาด ยกเท้าจะถีบ	- จำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยโดยผูกมัดไว้ที่เตียง - ดูแลผู้ป่วยขณะผูกมัด	-ผู้ป่วยหลับได้

วันเดือนปี	อาการและการเปลี่ยนแปลง	แผนการรักษาและกิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
	เจ้าหน้าที่ มีอาการประสาทหลอน มือสั่นมาก CIWA-Ar = ๑๘ คะแนน	- รายงานแพทย์ - Valium ๑๐ mg IV at ๒๓.๕๕ น. - อีก ๓๐ นาทีให้รายงานแพทย์ซ้ำ - Haloperidal ๕ mg ฉีดเข้ากล้าม at ๐๐.๓๐น.	
วันที่ ๑๓ ม.ค๖๖ เวลา ๒๔.๐๐ - ๘.๐๐ น.	- ผู้ป่วยหลับได้เป็นพักๆ ไม่มีวุ่นวาย CIWA-Ar = ๖-๘ คะแนน	- สังเกตไว้ต่อ	- ผู้ป่วยหลับได้เป็นพักๆ
วันที่ ๑๓ ม.ค๖๖ ๘.๐๐ น-๑๖.๐๐ น.	- ผู้ป่วยเรียกรู้สึกตัว ลืมตาทำตามสั่งได้ รับประทานอาหารได้ ๔- ๕ คำ ไอ มีเสมหะ พักผ่อนหลับได้ตลอดเวร	- ดูแลให้ได้รับยาและอาหารตามคำสั่งแพทย์ - Flumucil ๑ x ๓ pc	-ผู้ป่วยเรียกรู้สึกตัว ลืมตาทำตามสั่งได้ สับสนเรื่องวัน
๑๖.๐๐-๒๔.๐๐ น.	- ผู้ป่วยถามตอบพอรู้เรื่อง ยังมีสับสนเรื่องวัน	- ดูแลความสุขสบายทั่วไป - พลิกตะแคงตัวทุก ๒ ชั่วโมง - เคาะปอดให้ - จัดท่านอนศีรษะสูง	-
วันที่ ๑๔ ม.ค๖๖	- อาการขาดสุราและอาการทั่วไปดีขึ้น บอกไม่ถ่าย ๓ วัน	-แนะนำการดื่มน้ำมากๆ -รายงานแพทย์ -Senokot ๒ เม็ดก่อนนอน	-อาการขาดสุราดีขึ้น ไม่มีอาการสับสน ถามตอบรู้เรื่องดี ทำตามสั่งได้
วันที่ ๑๕ ม.ค๖๖	-อาการทั่วไปดีขึ้นสามารถเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดต่างๆได้ โมโห หงุดหงิด จะต่อยเพื่อนผู้ป่วยเนื่องจากเพื่อนผู้ป่วยบ่นขับถ่ายบ่อย เหม็น	-เฝ้าระวังภาวะอารมณ์หงุดหงิดก้าวร้าว พฤติกรรมรุนแรง	-เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้
วันที่ ๑๖-๒๓ ม.ค๖๖	-อาการขาดสุราและอาการทั่วไปดีขึ้น สามารถเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดต่างๆได้	- ดูแลผู้ป่วยตามแผนการรักษาผู้ป่วยสุราต่อ - ประเมินสภาพผู้ป่วย	-อาการทั่วไปดี สามารถเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด

วันเดือนปี	อาการและการเปลี่ยนแปลง	แผนการรักษาและกิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
		- ปรึกษานักจิตวิทยาประเมินทางจิตวิทยาคลีนิคเบื้องต้น	ต่างๆได้ ให้ความร่วมมือดี
วันที่ ๒๔ ม.ค๖๖	-ย้ายผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ	-ดูแลผู้ป่วยในระยะฟื้นฟู	
๒๔ม.ค.-๑๕ก.พ.	-บำบัดระยะฟื้นฟู	- ดูแลให้เข้าร่วมกิจกรรมบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่มต่างๆเพื่อเสริมแรงจูงใจในการเลิกสุรา ได้แก่ กลุ่มโรคสมองติดยา กลุ่มตัวกระตุ้น กลุ่มการจัดการกับอาการอยากยา กลุ่มปัญหาจากการดื่ม กลุ่มข้อโต้แย้งในการเลิกสุรา กลุ่มสุรายาเสพติดไม่ผิดกฎหมาย กลุ่มการแก้ปัญหาด้านอารมณ์	- ผลการประเมินทางจิตวิทยาคลีนิคปกติ -เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบอกความคิดอารมณ์พฤติกรรมและการจัดการกับการดื่มสุราได้อย่างถูกต้องเหมาะสม - มีแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง
๑๔ ก.พ. ๖๖	- อาการทั่วไปดี เตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านเข้าร่วมกิจกรรมครอบครัวบำบัด พร้อมกับมารดา เพื่อให้หยุดดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่อง	- เตรียมผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้าน - ให้คำแนะนำญาติในการดูแลผู้ป่วย - ให้คำแนะนำการติดตามผลหลังการรักษา - ให้คำแนะนำและเชิญชวนผู้ป่วยและญาติเข้าโปรแกรมการโทรถามตามเยี่ยม	- มีแผนการดูแลตัวเองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน - ผู้ป่วยอยู่บำบัดรักษาระยะฟื้นฟู๑๙ วันขอกลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้าน - ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกการดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้านได้
๑๕ ก.พ.๖๖	-จำหน่ายกลับบ้าน	- ให้คำแนะนำและเชิญชวนผู้ป่วยและญาติเข้าโปรแกรมการโทรถาม	- ผู้ป่วยและญาติยินดีเข้าโปรแกรมโทรถามตามเยี่ยม

วันเดือนปี	อาการและการเปลี่ยนแปลง	แผนการรักษาและกิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
		ตามเยี่ยม	ให้ติดตามผู้ป่วยต่อทางโทรศัพท์ได้

ตารางที่ ๖ วิเคราะห์กรณีศึกษา การเปรียบเทียบข้อมูลวิชาการ/หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นมา

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
ความหมายผู้ป่วยติดสุรา -เป็นความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีลักษณะของการดื่มสุราในปริมาณและความถี่มากและดื่มมานานเรื้อรังจนทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ ตลอดจนเศรษฐกิจและสังคม	-จากประวัติการดื่มของผู้ป่วยที่เริ่มดื่มจนดื่มปริมาณที่มากขึ้นและก่อนมารักษา ดื่มได้ทั้งวัน ซึ่งแสดงถึงเซลล์ประสาทถูกกระตุ้นยากขึ้นต้องเพิ่มปริมาณจึงจะได้ฤทธิ์ที่ต้องการ
อาการ อาการแสดงของผู้ป่วยโรคติดสุรา อาการแสดงที่สำคัญ ๒ อาการ ดังนี้ ๑. อาการเมาสุรา (intoxication) ผู้ติดสุราจะมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง เมื่อดื่มสุราจนเมา คือพูดมาก ซึมเศร้า ก้าวร้าว สมาธิไม่ดี ตื่นเต้น ความจำเสื่อม แยกตัว ร้องไห้ หน้าแดง หน้ามืด บางรายเมื่อเมาสุรามาก สุราจะกดศูนย์ประสาทที่ควบคุมการหายใจ อาจหยุดหายใจและเสียชีวิตได้ ๒. อาการขาดสุรา (withdrawal) เป็นอาการที่เกิดขึ้นจากการที่ไม่ได้ดื่มสุรา เมื่อระดับแอลกอฮอล์ในเลือดลดลงจะเกิดอาการขาดสุราขึ้น ส่วนใหญ่อาการจะเริ่มเกิดตั้งแต่ ๖ – ๒๔ ชั่วโมงหลังดื่มครั้งสุดท้ายอาการขาดสุรามีตั้งแต่ระดับน้อยไปจนถึงมาก ไม่ใช่ทุกรายที่จะมีอาการขาดสุรารุนแรง บางรายมีอาการเล็กน้อยแล้วหายไปได้เองโดยไม่ต้องรักษา ความเสี่ยงการเกิดอาการขาดสุรารุนแรงจะเพิ่มขึ้นในผู้ที่ดื่มมานานและดื่มมาก มีการแบ่งระดับความรุนแรงการขาดสุราไว้ตามระยะเวลาที่ผ่านไปของการดื่มสุราครั้งสุดท้าย	-ผู้ป่วย มีอาการขาดสุรารุนแรง วันที่ ๒ ของการรักษา (๔๘ชั่วโมงหลังการดื่มครั้งสุดท้าย) มีอาการกระสับกระส่าย กระวนกระวาย หูแว่ว ได้ยินเสียงคนคุย ตะโกนส่งเสียงดัง หงุดหงิด ก้าวร้าว ไม่รับรู้เวลา สถานที่ คิดว่าอยู่บ้าน (คะแนน CIWA-Ar ๑๓ – ๑๘ คะแนน)
การวินิจฉัยภาวะติดสุรา แสดงออก ๓ อาการหรือมากกว่า ในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมา	๑.มีอาการขาดสุรารุนแรง ๒.มีการดื่มสุราเป็นเวลานานกว่าที่ตั้งใจ

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
๑. มีการดื้อยา ซึ่งมีนิยามอย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้ ก. มีความต้องการเพิ่มขึ้นอย่างมากเพื่อให้เกิด intoxication หรือผลอื่นที่ต้องการ ข. ฤทธิ์จากการดื่มลดลงอย่างมากหากยังคงดื่มเท่าเดิม ๒. มีอาการขาดยา ซึ่งมีนิยามอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ ก. มีอาการขาดสุรา (อาการขาดสุรา) ข. การดื่มสุรา (หรือสารใกล้เคียง) สามารถลดหรือกำจัดอาการขาดสุราได้ ๓. มีการดื่มสุราในปริมาณมากหรือเป็นเวลานานกว่าที่ตั้งใจ ๔. มีความต้องการดื่มอยู่ตลอดเวลา หรือไม่สามารถหยุดหรือควบคุมการดื่มได้ ๕. ใช้เวลาอย่างมากในการกระทำเพื่อหาสุรามาดื่ม ในการดื่ม หรือในการฟื้นจากการเมาสุรา ๖. ต้องงดหรือลดการเข้าสังคม การงานหรือการหย่อนใจอื่นๆเนื่องจากการดื่ม ๗. คงยังดื่มอยู่ แม้จะทราบว่าโอกาสก่อหรือกระตุ้นปัญหาทางร่างกายหรือจิตใจที่มีอยู่แล้วให้เกิดขึ้นเช่น ดื่มสุราแม้ทราบว่าสุราจะทำให้แผลในกระเพาะอาหารแย่ลง หรือทำให้เกิดอาการหูแว่ว	๓.มีความต้องการดื่มอยู่ตลอดเวลา หรือไม่สามารถหยุดหรือควบคุมการดื่มได้ ๔.คงยังดื่มอยู่และรับรู้ว่าการดื่มทำให้มีอาการหูแว่ว เอะอะโวยวาย ส่งเสียงดัง
สาเหตุของการติดสุรา ๑. ปัจจัยด้านชีวภาพ (biological factor) ๑.๑ พันธุกรรม (genetic) พบว่าผู้ป่วยโรคติดสุราส่วนมากมักมีบิดา มารดาเป็นโรคติดสุราเรื้อรัง (alcoholism) มีการศึกษาในบุตรที่เป็นฝาแฝดไข่ใบเดียวกัน พบว่า มีความสัมพันธ์ของการใช้สุรา ๑.๒ กลไกของสารเคมีในระบบประสาท (neurochemical mechanism) ๒. ปัจจัยด้านจิตใจ สุราทำให้ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกพึงพอใจและมีความสุข ช่วยควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวด้วย ซึ่งเท่ากับเป็นแรงเสริมให้ผู้ป่วยเสพสารเพิ่มขึ้น	- ปัจจัยทางพันธุกรรมการถ่ายทอดทางพันธุกรรมของบิดามารดาสู่บุตร บุตรที่มาจากบิดามารดาที่ติดสุราจะมีโอกาสติดสุรามากกว่าบุตรที่บิดา มารดาไม่ติดสุรา พบว่าบิดาผู้ป่วยดื่มสุรามากและป่วยเป็นโรคตับแข็ง เสียชีวิต - ปัจจัยด้านจิตใจการเผชิญปัญหาและการแก้ไขปัญหาไม่เหมาะสม การรู้สึกตัวเองไร้ค่าเป็นภาระครอบครัว รู้สึกตัวเองว่างเปล่าว่างงานไม่มีอะไรทำ - กลไกของสารเคมีในระบบประสาท เมื่อได้ดื่มสุราผู้ป่วยจะมีรู้สึกพึงพอใจและมีความสุข หาก

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
พื้นฐานอารมณ์และบุคลิกภาพที่มีความเสี่ยงต่อการติดคือบุคลิกภาพแบบพึ่งพา โทษตนเอง ขาดความมั่นใจในตนเอง บุคลิกภาพต่อต้านสังคม บุคคลที่มีอารมณ์ไม่มั่นคง เช่น โกรธ เสียใจ เบื่อหน่าย เหงา ก็มีส่วนให้ติดสุราได้ ๓. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม การอยู่ในสังคมที่สภาพแวดล้อมที่มีสุรา ปัญหาในครอบครัว โรงเรียน ค่านิยมทางสังคมในการใช้สุรา เศรษฐานะที่ตกต่ำ และการชักชวนของกลุ่มเพื่อน	ไม่ได้ดื่มจะรู้สึกเบื่อหน่าย เหงา - ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม การอยู่ในสังคมที่สภาพแวดล้อมที่มีแต่คนดื่มสุรา เพื่อนดื่มสุรา ค่านิยมทางสังคมใช้สุราในทุกงานสังคม
ผลกระทบและโรคที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา ๑. ผลกระทบทางร่างกาย อวัยวะต่างๆ ๒. ผลกระทบทางด้านจิตใจ อารมณ์ ๓. ผลกระทบทางด้านครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ	- ผู้ป่วยบอกว่ามาอยู่โรงพยาบาลช่วงแรกขาไม่ค่อยมีแรง ชาตามปลายมือ - ผู้ป่วยอยู่บ้านจะเข้านอนดึกแต่นอนไม่หลับ คิดพะวง วิตกกังวล พอตื่นนอนจะรู้สึกอ่อนเพลีย พอดื่มสุรา ๑ กั๊กจะรู้สึกมีแรงทำงานได้ - อยู่บ้านจะมีอาการหูแว่ว เสียงคนพูด ไม่มีหวาดระแวง มีหงุดหงิดง่าย โมโหร้าย - ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องเป็นโรคกระเพาะอาหารอักเสบโดยรับการรักษาที่โรงพยาบาลสงขลา
แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเวชจากสุรา - โรคจิตจากสุรา เป็นโรคทางจิตเวชในกลุ่มโรคที่สัมพันธ์กับการใช้สาร (Substance related disorders) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition (DSM-IV]) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, ๑๙๙๔) โรคจิตจากสุราเกิดขึ้นเนื่องจากการดื่มสุราอย่างผิดปกติ ในปริมาณมากเป็น ระยะเวลานานหลายสัปดาห์ หรือหลายเดือน ผู้ป่วยจะมีอาการวิตกกังวล ซึม หดหู่ หรือหงุดหงิด นอนหลับ ๆ ตื่น ๆ และบางรายอาจมีประสาทหลอนซึ่งมีลักษณะไม่เด่นชัดและจะอยู่ไม่นาน และอาจเกิดอาการ Alcohol withdrawal delirium ถ้าหากมีการดื่มสุราต่อและไม่ได้รับการรักษาหรือ	- ผู้ป่วยมีอาการหูแว่ว ได้ยินเสียงคนคุย ตะโกนส่งเสียงดัง หงุดหงิด ก้าวร้าว ไม่รับรู้เวลา สถานที่ คิดว่าอยู่บ้าน เวลาอยู่ที่บ้านจะมีอาการนอนไม่หลับ หูแว่ว วิตกกังวล ซึม หดหู่ ถ้าหยุดดื่มสุรานานจะมีหงุดหงิด ก้าวร้าว เอะอะ อาละวาดประสาทหลอนคิดว่ามีคนเข้าบ้าน

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
อาจ เกิดอาการ Delirium tremens หรือมีอาการ Alcohol hallucinosis โดยมากเริ่มอาการภายใน ๓ ชั่วโมง หลังจากหยุดดื่มลักษณะอาการเด่นจะเป็นประสาทหลอน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นเสียงแว่ว เช่น เสียงนาฬิกา เสียงรถยนต์ เสียงคนพูดกัน หรือพูดข่มขู่ผู้ป่วย	
อาการชักจากการขาดสุรา ผู้ป่วยอาจเกิดอาการชักได้ ส่วนใหญ่จะเกิดเร็ว คือ ภายใน ๖ ชั่วโมง ไม่เกิน ๒ วันแรกหลังหยุดดื่ม อาการ ชักแบบเกร็งกระตุกทั่วร่างกาย พร้อมหมดสติ พบได้ประมาณร้อยละ ๑๐ ของผู้ป่วยที่มีอาการถอนพิษสุรา และพบมากขึ้นในผู้ป่วยที่ดื่มมานานหลายปี ส่วนใหญ่ชักครั้งเดียว แต่สามารถเกิดเป็นชุดคือ ชัก ๒ – ๓ ครั้งห่างกัน ๕ นาทีได้ อาการชักแบบต่อเนื่องพบได้น้อยมาก	- ผู้ป่วยมีประวัติมีอาการชัก ๑ ครั้งหลังหยุดดื่มสุรา โดยเป็นอาการชักในการรักษาครั้งก่อน
ภาวะถอนพิษสุรารุนแรงเพ้อสับสน (Alcohol Withdrawal Delirium: Delirium Tremens) เป็นภาวะถอนพิษสุราแบบรุนแรง อาการเกิดต่อเนื่องจากภาวะถอนพิษสุราที่ไม่ได้รับการรักษาและมีอาการมากขึ้นเรื่อยๆ เช่น สั่นมาก เหงื่อออกมาก ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง และกระสับกระส่ายมากขึ้น ร่วมกับมีอาการเพ้อสับสน หูแว่ว หวาดระแวง โดยอาการมักเริ่มรุนแรงภายใน ๒ – ๓ วันหลังหยุดดื่มสุรา และรุนแรงที่สุดในวันที่ ๔ – ๕ ส่วนใหญ่อาการมักดีขึ้นภายใน ๑๐ วันแต่ในบางรายอาจมีอาการนานถึง ๔ – ๕ สัปดาห์ได้ภาวะถอนพิษสุราแบบรุนแรงนี้ถือเป็นความเสี่ยงที่สำคัญ เนื่องจากมีอัตราตายสูงถึงร้อยละ ๓๐ ผู้ป่วยเพ้อสับสน มักเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายได้ง่ายจากอาการกระสับกระส่ายและเหงื่อออกอย่างมากทำให้ผู้ป่วยขาดน้ำ (Dehydration) ได้ง่าย และมี Electrolyte Imbalance ส่งผลให้หัวใจเต้นผิดปกติ (Cardiac Arrhythmia) ได้ นอกจากนี้ยังเกิดภาวะติดเชื้อบ่อย เช่นการติดเชื้อทางเดินหายใจ	- ผู้ป่วยอยู่ที่บ้านจะนอนไม่ค่อยหลับ มีความคิดวิตกกังวล หูแว่วได้ยินเสียงคนพูดคุยกัน ผู้ป่วยมาอยู่รับการรักษาได้ ๒ วันเริ่มเกิดอาการวุ่นวายจะกลับบ้านตะโกนเสียงดัง ด่าทอผู้อื่น ยกเท้าจะถีบเจ้าหน้าที่เหงื่อออกกระสับกระส่าย สับสนวันเวลา สถานที่และบุคคล ความดันโลหิตจากเดิม ๑๑๐/๗๐ มิลลิเมตรปรอท สูงขึ้นเป็น ๑๔๐/๙๐ มิลิเมตรปรอท หลังอาการขาดสุรารุนแรง อ่อนเพลียมึนงง ทานอาหารได้น้อยมีเสมหะมาก ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ตรวจโควิด ๑๙ ผลปกติ

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
และทางเดินปัสสาวะ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้เกิดอาการสำลักง่ายจึงมีความเสี่ยงกับการเกิด Pneumonia ผู้ป่วยมักจะดูแลยาก ไม่อยู่นิ่ง มักต้องผูกมัด นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือพยายามฆ่าตัวตายโดยไม่คาดคิดหรืออาจทำไปเพราะอาการประสาทหลอน หรือหลงผิด	
การวินิจฉัยโรคติดสุรา การใช้สุราอย่างเป็นปัญหาทาให้เกิดความบกพร่องหรือทุกข์ทรมานโดยมีลักษณะดังต่อไปนี้ อย่างน้อยสองข้อภายในเวลา ๑๒เดือน ๑. บริโภคสุราในปริมาณมาก หรือ เป็นเวลานานกว่าที่ตั้งใจไว้ ๒. มีความต้องการอยู่ตลอดเวลา หรือ ไม่สามารถหยุดดื่มหรือควบคุมการดื่มได้ ๓. ใช้เวลาอย่างมากในการแสวงหาสุรา, ดื่มสุรา, หรือฟื้นจากฤทธิ์ของมัน ๔. มีความอยาก หรือต้องการอย่างมากในการใช้สุรา ๕. บริโภคสุราในปริมาณมาก หรือ เป็นเวลานานกว่าที่ตั้งใจไว้ ๖. มีความต้องการอยู่ตลอดเวลา หรือ ไม่สามารถหยุดดื่มหรือควบคุมการดื่มได้ ๗. ใช้เวลาอย่างมากในการแสวงหาสุรา, ดื่มสุรา, หรือฟื้นจากฤทธิ์ของมัน ๘. มีความอยาก หรือต้องการอย่างมากในการใช้สุรา ๙. ยังคงใช้สุราอยู่ แม้ว่าจะเกิดปัญหาทางกายหรือจิต ซึ่งเกิดจากการใช้สุรา ๑๐. มีการดื้อต่อสุราโดยมีอาการดังต่อไปนี้ a.) ใช้สุราในปริมาณเพิ่มขึ้นเพื่อให้เกิดอาการเมา b.) ผลจากสุราลดลงเมื่อใช้ในปริมาณเท่าเดิม ๑๑. มีอาการถอนพิษสุรา โดยมีอาการดังต่อไปนี้ a.) มีลักษณะของกลุ่มอาการถอนพิษสุรา b.) มีการใช้สุราเพื่อลดหรือหลีกเลี่ยงอาการถอนพิษสุรา	๑. บริโภคสุราในปริมาณมาก หรือ เป็นเวลานานกว่าที่ตั้งใจไว้ ๒. มีความต้องการอยู่ตลอดเวลา หรือ ไม่สามารถหยุดดื่มหรือควบคุมการดื่มได้ ๓. ใช้เวลาอย่างมากในการแสวงหาสุรา, ดื่มสุรา, หรือฟื้นจากฤทธิ์ของมัน ๔. ยังคงใช้สุราอยู่ แม้ว่าจะเกิดปัญหาทางกายหรือจิต ซึ่งเกิดจากการใช้สุรา ๕. มีอาการขาดสุรารุนแรง ดังนี้ กระสับกระส่าย ผุดลุกผุดนั่ง หูแว่ว ภาพหลอน เอะอะ อาละวาด ตะโกนเสียงดัง

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
การวินิจฉัยว่าเป็น โรคจิตจากสุรา (Alcoholic Psychosis: F๑๐.๕) มีเกณฑ์วินิจฉัยตาม DSM - IV ดังนี้ ๑) มีอาการประสาทหลอนหรือหลงผิดที่เด่นชัด ๒) มีหลักฐานจากประวัติการตรวจร่างกาย หรือผลทางห้องปฏิบัติการว่า ความผิดปกตินี้ เป็นผลโดยตรงด้านสรีระวิทยาจากการดื่มสุราในช่วง ๑ เดือน (ให้ระบุว่า อยู่ในช่วงเมาสุรา หรือขาดสุรา) ๓) ความผิดปกตินี้ไม่ใช่โรคจิตเวชอื่นๆ ได้แก่ มีอาการเกิดก่อนการติดสุรา หรืออาการ ยังคงอยู่เป็นระยะเวลานาน หลังจากหมดภาวะเมาสุรา หรือมีอาการมากเกินกว่าที่ควรจะเป็นเมื่อ เปรียบเทียบกับปริมาณหรือระยะเวลาที่ดื่มสุรา หรือมีหลักฐานอื่นที่แนะว่า โรคจิตไม่ขึ้นกับการดื่มสุรา ๔) ความผิดปกติไม่ได้เกิดในช่วง delirium โรคจิตที่เกิดจากแอลกอฮอล์ชนิดหลงผิดเด่น (Alcoholic psychotic with delution) (Alcoholic paranoia) มีอาการหลงผิดเป็นอาการเด่น	๑) มีอาการหูแว่ว ระแวงคิดว่าเพื่อนด่าทอ
การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน (Inpatient programs) มีรูปแบบและขั้นตอน กระบวนการบำบัดรักษา ดังนี้ ๑. ขั้นเตรียมการ เป็นการสร้างแรงจูงใจ และเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวในการเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู ๒. ขั้นถอนพิษยา เป็นการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจ หลังจากหยุดเสพยาบ้าโดยให้ ยาทดแทนตามอาการของผู้ป่วย และใช้กลุ่มบำบัดต่างๆ ๓. ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ ใช้รูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูแบบ FAST Model ได้แก่ การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา (family) การมีกิจกรรมทางเลือกในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้จักการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ (alternative activity treatment) การเสริมสร้างทักษะชีวิตด้วยเทคนิคช่วยเพื่อช่วยตนเอง (self- help) และ การนำแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบ "ชุมชนบำบัด"	๑. ขั้นเตรียมการ สร้างแรงจูงใจ และเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว ๒. ในระยะบำบัดด้วยยา ๗ – ๒๑ วันแรก เป็นการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจ หลังจากหยุดดื่มเน้นการรักษาด้วยยาเป็นหลัก ตามอาการขาดสุราและภาวะแทรกซ้อน ให้ผู้ป่วยพักผ่อน ดูแลตนเองปฏิบัติตามตารางกิจวัตรประจำวัน ๓. ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยรายนี้ วันที่ ๒๒-๓๖ วัน ปกติ ใช้รูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูแบบ FAST Model ซึ่งเป็นการสร้างชุมชนหรือสังคมจำลองให้ผู้ป่วยมาอยู่ร่วมกัน เพื่อเปลี่ยน แปลงพฤติกรรม ช่วยเหลือกันและกัน ฝึกความรับผิดชอบ เรียนรู้ตนเอง และเรียนรู้การแก้ไขปัญหาด้วยเหตุผล

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
(therapeutics community) ซึ่งเป็นการสร้างชุมชนหรือสังคมจำลองให้ผู้ป่วยมาอยู่ร่วมกันเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ช่วยเหลือกันและกัน ฝึกความรับผิดชอบเรียนรู้ตนเอง และเรียนรู้การแก้ไขปัญหาด้วยเหตุผล เพื่อกลับไปมีชีวิตอยู่ในสังคมได้ ร่วมกับการให้คำปรึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม นันทนาการ และการฝึกอาชีพ นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมบำบัดรูปแบบอื่น เช่น การฟื้นฟูสภาพจิตใจด้วยหลักศาสนา โดยการนำผู้ป่วยเข้าศึกษาหลักธรรม เป็นต้น ๔. การติดตามหลังการรักษาเป็นการดูแลหลังจำหน่ายออกจากการบำบัดรักษาเพื่อติดตามให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ และเสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ที่รักษาหายแล้วออกไปสู่สังคมได้ตามปกติ	กิจกรรมบำบัด และงานบำบัด มีกฎระเบียบและแนวทางการปฏิบัติตนเพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยน ความคิดและพฤติกรรม - ผู้ป่วยรายนี้ไม่สามารถเข้าสู่ระยะฟื้นฟูได้ครบโปรแกรม ๔ เดือน เนื่องจากผู้ป่วยและญาติอยากกลับไปทำงาน ๔. นัดติดตามผล ๗ ครั้ง ใน ๑ ปี (อย่างน้อย ๔ ครั้ง ใน ๑ ปี)

ทฤษฎีทางการพยาบาลที่ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการให้การพยาบาลกับผู้ป่วย

ทฤษฎีทางการพยาบาลของเพบพลาว (Interpersonal Nursing Theory of Hildgard Peplau) เป็นทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ให้ความสำคัญกับความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ว่าจำเป็นต้องได้รับอย่างเพียงพอทั้งความต้องการทางสรีระและการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล บุคคลมีความต้องการเฉพาะตน เมื่อความต้องการไม่ได้ รับการตอบสนอง จะเป็นผลให้เกิดความไม่พอใจ ความคับข้องใจ ความเครียด และความวิตกกังวลได้ สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยถือเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาล ทั้งนี้พยาบาลและผู้ป่วยจะมีบทบาทและความรับผิดชอบของแต่ละคนในแต่ละระยะของสัมพันธภาพ เพบพลาวเชื่อว่าผู้ป่วยสามารถพัฒนาศักยภาพในการแก้ไขปัญหาและสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลได้ ข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎีคือ สิ่งที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลสามารถสังเกตได้ ศึกษาได้ อธิบายได้ ทำความเข้าใจได้ และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ เพบพลาวเชื่อว่าพฤติกรรมของพยาบาลในฐานะบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบุคคลที่มีความสำคัญต่อสุขภาวะของผู้ป่วยและผลลัพธ์ของการพยาบาล เป้าหมายของการพยาบาลคือ ช่วยให้ผู้ป่วยได้ตระหนักและสามารถแก้ไขปัญหาที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของตนเองได้ ทั้งนี้การสร้างสัมพันธภาพประกอบด้วย ๔ ระยะสำคัญคือ ระยะเริ่มต้นสัมพันธภาพ (orientation phase) ระยะระบุปัญหา (Identification phase) ระยะดำเนินการแก้ปัญหา (exploitation phase) และระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพ (resolution phase) โดยบทบาทพยาบาลเป็นผู้ ให้ข้อมูลและตอบคำถามในสิ่งที่ผู้ป่วยสงสัย เป็นครูช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เป็นผู้ชี้นำไปสู่วิถีทางที่

ถูกต้อง เป็นตัวแทนของญาติ พี่น้องหรือ ผู้ปกครองของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยต้องการ และเป็นผู้ให้การปรึกษา สนับสนุนประสบการณ์ต่างๆ ที่จะทำให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดี

สำหรับผู้ป่วยรายนี้ผู้ป่วยติดสุราที่มีอาการทางจิตเวชและมีพฤติกรรมก้าวร้าว มีปัญหาการจัดการอารมณ์และความรู้สึกของตัวเอง ขาดการสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวและผู้อื่น มองคุณค่าในตนเองต่ำมีปัญหาการดื่มสุราซ้ำเพื่อแก้ปัญหา หลีกหนีปัญหา ดังนั้นการพยาบาลในผู้ป่วยรายนี้พยาบาลควรสร้างความไว้วางใจ ความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย ยอมรับในความเป็นบุคคล เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้ผู้ป่วย ให้การปรึกษา ให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์ ความรู้สึกออกมา บอกปัญหาความต้องการ ค้นหาศักยภาพของผู้ป่วยในการสร้างสัมพันธภาพและสื่อสารระหว่างกัน ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเพื่อให้สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม การจัดการกับอารมณ์ไม่พึงประสงค์ของตนเองเพื่อให้สามารถแก้ปัญหาให้กับตนเองได้ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่ทำร้ายตนเองและสามารถเลิกดื่มสุรา ใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem's self-care theory)

โดโรธี อี โอเรม (Dorothea E.Orem) เชื่อว่าบุคคลต้องดำรงไว้และควบคุมความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งบางครั้งบุคคลอาจจะกระทำด้วยตนเองหรือพึ่งพาผู้อื่น การดูแลตนเองมีเป้าหมายและเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมนุษย์ในการสร้างความสมบูรณ์ของโครงสร้างการทำหน้าที่ต่างๆและการพัฒนาเพื่อการมีสุขภาพดี การพยาบาล(Nursing) เป็นการช่วยเหลือบุคคลให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างต่อเนื่อง และเพียงพอกับความต้องการในการดูแลตนเอง กระบวนการพยาบาลจะมุ่งเน้นในการช่วยเหลือบุคคลต่อการดูแลสุขภาพ เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถเรียนรู้ฝึกฝน ในการดูแลสุขภาพด้วยความสามารถการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพสมบูรณ์และต่อเนื่อง โดยประเมินความต้องการในการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง ความพร่องในการดูแลตนเอง ว่ามีความพร่องในการดูแลตนเองในระดับใด ได้แก่ พร่องทั้งหมด พร่องบางส่วนหรือพร่องเล็กน้อย เพื่อจะให้การพยาบาลทดแทนได้อย่างเหมาะสม

สำหรับผู้ป่วยรายนี้ในระยะขาดสุรา เป้าหมายเพื่อป้องกันและรักษาภาวะขาดสุรา โรคทางกายและโรคทางจิตให้เป็นปกติเร็วที่สุด สิ่งที่ต้องดูแลเฝ้าระวังด้านร่างกายในการพยาบาลระยะบำบัดด้วยยาได้แก่การรักษาภาวะขาดสุรา การเฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น ภาวะชักที่อาจเกิดใน ๒๔ – ๗๒ ชั่วโมงหลังหยุดดื่ม การสูญเสียน้ำและเกลือแร่ ถ่ายเหลว ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ความต้องการในการดูแลตนเองในระยะขาดสุรา ความสามารถในการดูแลตนเองต้องกระตุ้น มีความพร่องในการดูแลตนเองบางส่วน เพื่อให้ผู้ป่วยรายนี้ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางกายและทางจิต ป้องกันการกลับไปดื่มใหม่ หยุดดื่มสุราได้นานที่สุดฟื้นฟูจิตใจ หน้าที่การงาน สังคม การบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ จุดประสงค์หลักคือการป้องกันการติดซ้ำ ตลอดจนเตรียมความพร้อมที่จะออกไปประกอบอาชีพ หรือใช้ชีวิตในสังคมภายนอกได้ การพัฒนาผู้ป่วยให้เปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การพยาบาลตั้งแต่ระยะแรกรับจนถึงจำหน่ายกลับบ้าน

สำหรับผู้ป่วยรายนี้มีปัญหาและการดูแลตั้งแต่ระยะแรกรับจนถึงจำหน่ายกลับบ้าน ๑๒ ปัญหา ดังนี้

ปัญหาที่ ๑ : เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากภาวะขาดสุรารุนแรง

ปัญหาที่ ๒ : เสี่ยงต่อการขาดสารน้ำและสารอาหาร เนื่องจากภาวะขาดสุรารุนแรง

ปัญหาที่ ๓ : พักผ่อนไม่เพียงพอเนื่องจากมี ภาวะขาดสุรารุนแรง

ปัญหาที่ ๔ **:** เสี่ยงต่อการเกิดแบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากภาวการณ์หายใจถูกกดจากอาการไม่พึงประสงค์ของยา benzodiazepines

ปัญหาที่ ๕ : เสี่ยงต่อการเกิด electrolyte imbalance

ปัญหาที่ ๖ **:** บกพร่องในการดูแลกิจวัตรประจำวันจากอาการอ่อนเพลีย สับสน มึนงง

ปัญหาที่ ๗ **:** เสี่ยงต่อพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น เนื่องจากมีอาการขาดสุรารุนแรงและมีอาการทางจิตเวชมีพฤติกรรมก้าวร้าว หูแว่ว ได้ยินเสียงเพื่อนผู้ป่วยด่าทอ หงุดหงิด หวาดระแวง

ปัญหาที่ ๘. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัดเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้

ปัญหาที่ ๙ **:** ขาดแรงจูงใจในการบำบัดรักษาระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

ปัญหาที่ ๑๐ : เสี่ยงต่อการกลับไปดื่มสุราซ้ำอีก เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการหยุดดื่มสุรา แบบแผนการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพ แบบแผนการปรับตัวและการเผชิญปัญหาผิดปกติ ขาดทักษะการเผชิญปัญหา รู้สึกตัวเองเป็นภาระครอบครัว

ปัญหาที่ ๑๑. เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย

ปัญหาที่ ๑๒ **:** เสี่ยงต่อการไม่มาติดตามผลหลังการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยติดสุรามีอาการจิตเวชและมีพฤติกรรมก้าวร้าวรายนี้ มีดังนี้

ข้อวินิจฉัยที่ ๑ : เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากภาวะขาดสุรารุนแรง

แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม เชื่อว่าบุคคลต้องดำรงไว้และควบคุมความสามารถในการดูแลตนเอง บุคคลอาจจะกระทำด้วยตนเองหรือพึ่งพาผู้อื่น การดูแลตนเองมีเป้าหมายและเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมนุษย์ในการสร้างความสมบูรณ์ของโครงสร้างการทำหน้าที่ต่างๆและการพัฒนาเพื่อการมีสุขภาพดี

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่ามีคนมาเรียก ส่งเสียงดังตอบรับ กระสับกระส่าย

O**:** ผู้ป่วยวิตกกังวล กระสับกระส่าย ตะโกนส่งเสียงดัง มือสั่นเล็กน้อยตลอดเวลา ต้องผูกมัดผู้ป่วยไว้กับเตียง (CIWA-Ar อยู่ระหว่าง ๑๓ – ๑๘ คะแนน)

วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มจากภาวะขาดสุรารุนแรง

เกณฑ์การประเมิน: สัญญาณชีพปกติ, อาการขาดสุราลดลงจนเป็นปกติ, คะแนน CIWA-Ar น้อยกว่า ๔ คะแนน ไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ซักประวัติการดื่มสุราอย่างละเอียดโดยเฉพาะการดื่มสุราครั้งสุดท้าย

๒. ประเมินระดับความรุนแรงของอาการขาดสุราตามแบบประเมิน CIWA-Ar โดยให้คะแนนและให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติตามระดับคะแนน ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วย และประเมิน CIWA-Ar ทุก ๑ ชั่วโมง และประเมินอย่างต่อเนื่อง จนถึงผู้ป่วยหลับ เป็นระยะเวลา ๓ – ๕ วัน ในระยะที่มีอาการขาดสุรารุนแรงมาก ต้องประเมินทุกครึ่ง – ๑ ชั่วโมง เพื่อให้การดูแลอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง เหมาะสม

๓. วัดสัญญาณชีพทุก ๔ ชั่วโมงและตามสภาพอาการผู้ป่วย

๔. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ลดสิ่งกีดขวาง ลดสิ่งเร้าที่มากระตุ้น จัดให้อยู่มุมสงบ มีแสงสว่างเพียงพอ อากาศถ่ายเทสะดวก ปลอดโปร่ง ยกไม้กั้นเตียงขึ้นทุกครั้ง ป้องกันการตกเตียง ใกล้ห้องพยาบาล มีนาฬิกา ปฏิทินเพื่อใช้ในการประเมินผู้ป่วย

๕. จำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยโดยผูกมัดไว้ที่เตียง เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม คลายผ้าผูกมัดและเปลี่ยนท่านอนให้ผู้ป่วยทุก ๒ ชั่วโมงเพื่อช่วยให้การไหลเวียนเลือดปกติ ป้องกันบาดแผลจากการผูกมัด

๖. ตรวจเยี่ยมอาการ สังเกตสีผิวหนังเพื่อป้องกันการระคายเคืองหรือเกิดบาดแผล

๗. ดูแลความสะอาด ความสุขสบาย การพักผ่อนอย่างเพียงพอ

๘. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา ประเมินก่อนและหลังการให้ยา ประเมินอาการไม่พึงประสงค์ของยา ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ การเคลื่อนไหว ความคิด ความจำ สังเกตอาการที่เกิดจากฤทธิ์ของยากดประสาทส่วนกลาง ได้แก่ง่วงนอนมาก เดินเซ หายใจช้า ถ้ามีอาการง่วงนอนมาก เคลื่อนไหวไม่ดี เดินเซ กล้ามเนื้ออ่อนแรง คลื่นไส้อาเจียน สับสน มึนงง รายงานแพทย์

๙. เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางกายจากอาการขาดสุรา การเกิดอุบัติเหตุ ชัก ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การสูญเสียน้ำจากการอาเจียนหรือถ่ายเหลว

ประเมินผล ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการขาดสุรารุนแรง CIWA-Ar น้อยกว่า ๔ คะแนน สัญญาณชีพปกติ ไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

สรุปผลการดูแล ปัญหาเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการขาดสุรา ผู้ป่วยมีอาการขาดสุราวันที่ ๓ ของการรักษา คะแนน CIWA-Ar ๑๓ – ๑๘ คะแนน มีอาการกระสับกระส่าย มือสั่นตลอดเวลา เมื่อได้รับยาสงบอาการ Valium ๑๐ mg IV ๒ ครั้ง, Haloperidol ๕ mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ อาการขาดสุราดีขึ้น คะแนน CIWA-Ar ๖ – ๘ คะแนน ยังมีมือสั่น มีอาการสับสนเป็นพักๆ ถามตอบรู้เรื่องดี ทำตามสั่งได้ ช่วยเหลือตัวเองได้ วันที่ ๕ ของการรักษา อาการขาดสุราดีขึ้น คะแนน CIWA-Ar ๑ – ๕ คะแนน ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดต่างๆได้ ไม่มีอาการขาดสุราซ้ำ ปัญหาเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุยังไม่สิ้นสุดต้องเฝ้าระวังอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยที่ ๒ : เสี่ยงต่อการขาดสารน้ำและสารอาหาร เนื่องจากภาวะขาดสุรารุนแรง

ในแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม บุคคลอาจจะกระทำด้วยตนเองหรือพึ่งพาผู้อื่น การดูแลตนเองมีเป้าหมายและเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมนุษย์ในการสร้างความสมบูรณ์ของโครงสร้าง การทำหน้าที่ต่างๆและการพัฒนาเพื่อการมีสุขภาพดี การพยาบาลเป็นการช่วยเหลือบุคคลให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างต่อเนื่อง และเพียงพอกับความต้องการในการดูแลตนเอง

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่ามีคนมาเรียก ส่งเสียงดังตอบรับ กระสับกระส่ายอยู่นิ่งไม่ได้ บอกจะไปหาคนเรียก ต้องผูกมัดไว้ที่เตียง รับประทานอาหารไม่ได้

O: ผู้ป่วยกระสับกระส่าย เอะอะโวยวาย อยู่นิ่งไม่ได้ ไม่รับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

เกณฑ์การประเมิน : ผู้ป่วยสัญญาณชีพปกติ ไม่มีการขาดน้ำและสารอาหาร

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินน้ำหนัก ส่วนสูง ชั่งน้ำหนัก

๒. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

๓. สังเกตสภาพร่างกายทั่วไป เปลือกตา เยื่อบุตา ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และผิวหนัง อาการบวม สภาพผิวหนัง สภาพความแข็งแรงของร่างกาย

๔. ประเมินภาวะขาดน้ำของผู้ป่วย และดูการทำงานของไต สังเกตสีของปัสสาวะ

๕. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำดื่มวันละ ๖-๘ แก้ว

ประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีอาการแทรกซ้อนทางกาย สัญญาณชีพปกติ ไม่มีอาการขาดสารน้ำและอาหาร อาการขาดสุราดีขึ้น จิบน้ำได้ ยังไม่อยากรับประทานอาหาร

สรุปผลการดูแล ปัญหาข้อนี้ผู้ป่วยมีอาการขาดสุราวันที่ ๓ ของการรักษา คะแนน CIWA-Ar ๑๓ – ๑๘ คะแนน ได้รับยาสงบอาการ อาการขาดสุราดีขึ้น ช่วยเหลือตัวเองได้ ดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำ ยังทานอาหารได้น้อย กระตุ้นให้ผู้ป่วยจิบน้ำบ่อยๆ ไม่มีอาการขาดสารน้ำและอาหาร ปัญหาสิ้นสุดลงในวันที่ ๕ ของการรักษา

ข้อวินิจฉัยที่ ๓ : พักผ่อนไม่เพียงพอเนื่องจากมีภาวะขาดสุรารุนแรง

ในแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม บุคคลอาจจะกระทำด้วยตนเองหรือพึ่งพาผู้อื่น การดูแลตนเองมีเป้าหมายและเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมนุษย์ในการสร้างความสมบูรณ์ของโครงสร้าง การทำหน้าที่ต่างๆและการพัฒนาเพื่อการมีสุขภาพดี การพยาบาลเป็นการช่วยเหลือบุคคลให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างต่อเนื่อง และเพียงพอกับความต้องการในการดูแลตนเอง

ข้อมูลสนับสนุน

S: เวลา ๒๓.๕๐ น.ผู้ป่วยกระสับกระส่าย วุ่นวาย ไม่นอน ถามตอบไม่ตรงคำถาม ไม่อยากนอน บอกจะไปหาแม่กับเพื่อน ตอนนี้อยู่บ้าน ไม่รับรู้วันเวลา บอกไม่รู้วัน เวลา ไม่อยากรู้ ไม่อยากบอก จำบุคคลได้ว่าคือพยาบาล

O: ผู้ป่วยพักหลับที่เตียง มีพูดคนเดียวเป็นบางครั้ง กระสับกระส่าย วุ่นวาย ดึงผ้าผูกมัด ประเมินตามแบบประเมิน CIWA – Ar ๑๓ – ๑๘ คะแนน

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ หายจากภาวะขาดสุราอย่างเร็วที่สุด

เกณฑ์การประเมิน ผู้ป่วยพักหลับได้ หายจากภาวะขาดสุราอย่างเร็วที่สุด

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินอาการผู้ป่วย ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก ๔ ชั่วโมงเพื่อตรวจหาความผิดปกติและได้ให้การรักษาอย่างทันท่วงที

๒. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา พร้อมเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา

๓. ดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายขณะนอนหลับ โดยดูแลให้ผ้าปูที่นอนเรียบตึง ไม่เปียกแฉะ ดูผ้าที่ใช้ผูกมัดผู้ป่วยไม่ให้รัดแน่นเกินไป เปลี่ยนท่านอนทุก ๑ – ๒ ชั่วโมง ผู้ป่วยเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า

๔. บันทึกรายงานอาการการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการรักษา

ประเมินผล ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้เป็นพักๆ มีอาการอ่อนเพลีย

สรุปผลการดูแล ปัญหาพักผ่อนไม่เพียงพอเนื่องจากมีภาวะขาดสุรารุนแรง ผู้ป่วยมีอาการขาดสุรา วันที่ ๓ ของการรักษา คะแนน CIWA-Ar ๑๓ – ๑๘ คะแนน ได้รับยาสงบอาการ อาการขาดสุราดีขึ้น ไม่มีอาการสับสน ถามตอบพอรู้เรื่อง ทำตามสั่งได้ ช่วยเหลือตัวเองได้ นอนหลับพักผ่อนหลังได้รับยาสงบอาการตลอด ปัญหาสิ้นสุดลงในวันที่ ๕ ของการรักษา อาการขาดสุราดีขึ้น ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ รับประทานอาหารได้ นอนหลับพักผ่อนด้วยตัวเองได้ ไม่ได้รับยาสงบอาการเพิ่ม

ข้อวินิจฉัยที่ ๔ : เสี่ยงต่อการเกิดแบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากภาวะการหายใจถูกกดจากอาการไม่พึงประสงค์ของยา benzodiazepines

ในแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม บุคคลอาจจะกระทำด้วยตนเองหรือพึ่งพาผู้อื่น การดูแลตนเองมีเป้าหมายและเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมนุษย์ในการสร้างความสมบูรณ์ของโครงสร้าง การทำหน้าที่ต่างๆและการพัฒนาเพื่อการมีสุขภาพดี การพยาบาลเป็นการช่วยเหลือบุคคลให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างต่อเนื่อง และเพียงพอกับความต้องการในการดูแลตนเอง

ข้อมูลสนับสนุน

S: บอกอ่อนเพลีย ไม่มีแรง มีเสมหะในปากและลำคอ

O: อ่อนเพลีย ไม่มีแรง มีอาการขาดสุรา ต้องผูกมัดผู้ป่วยไว้ที่เตียง ได้รับยารักษาอาการขาดสุรา Valium ๑๐ mg (benzodiazepines) มีผลทำให้กดศูนย์การหายใจ

วัตถุประสงค์: เพื่อให้การหายใจมีประสิทธิภาพ ไม่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ

เกณฑ์การประเมิน ไม่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางกายเพิ่ม

กิจกรรมการพยาบาล

๑. เฝ้าระวังสังเกต อัตราการหายใจ ความแรง ความลึกการหายใจ
๒. ฟังเสียงการหายใจ บันทึกเสียงการหายใจที่ผิดปกติ เช่น เสียง wheezes เสียง rhonchi
๓. จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่า fowler's position
๔. กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอ หายใจลึกๆ เคาะปอด และพลิกตะแคงผู้ป่วยบ่อยๆ
๕. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง
๖. ตรวจวัดสัญญาณชีพเฝ้าระวังอุณหภูมิของร่างกาย การติดเชื้อ
๗. ตรวจวัดค่าปริมาณออกซิเจนในเลือด ถ้าน้อยกว่า ๙๕ % ให้ออกซิเจน ๓-๕ lit/min
๘. รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาเอ็กซเรย์ปอด ติดตามผล

ประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิ ๓๖.๘ องศาเซนเซียส อัตราการหายใจ ๑๘ – ๒๐ ครั้ง/นาที มีเสมหะขาวขุ่น ในวันที่ ๑๑ มค. แพทย์ให้ ตรวจ ATK ผลการตรวจ negative ให้ Flumucil ๑ x ๓ pc , Paracetamal (๕๐๐mg) ๑ tab เวลามีไข้

สรุปผลการดูแล หลังจากอาการขาดสุราดีขึ้น นอนหลับพักผ่อนได้ มีอาการไอ มีเสมหะขาวขุ่น ได้รับยาละลายเสมหะอาการดีขึ้น ปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ไม่มีไข้ ไม่มีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเพิ่ม

ข้อวินิจฉัยที่ ๕ : เสี่ยงต่อการเกิด electrolyte imbalance

ในแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม บุคคลอาจจะกระทำด้วยตนเองหรือพึ่งพาผู้อื่น การดูแลตนเองมีเป้าหมายและเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมนุษย์ในการสร้างความสมบูรณ์ของโครงสร้าง

การทำหน้าที่ต่างๆและการพัฒนาเพื่อการมีสุขภาพดี การพยาบาลเป็นการช่วยเหลือบุคคลให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างต่อเนื่อง และเพียงพอกับความต้องการในการดูแลตนเอง

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกเพลีย ไม่มีแรง ทานอาหารได้น้อย ไม่อยากรับประทานอาหาร ถ่ายเหลว ๔-๕ ครั้ง

O: ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย ๒-๓ คำ อ่อนเพลีย ถ่ายเหลว ๔-๕ ครั้ง

วัตถุประสงค์: เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ electrolyte imbalance ในผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่มีภาวะสับสนจากภาวะ electrolyte imbalance

เกณฑ์การประเมิน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ ไม่มีภาวะ electrolyte imbalance ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ไม่มีสับสน ขับถ่ายปกติ ไม่เกิดภาวะเกิด electrolyte imbalance

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก ๔ ชั่วโมงและตามอาการ

๒. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

๓. ประเมินอาการผู้ป่วยอาการอ่อนแรงแขนขา การเคลื่อนไหว

๔. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ

๕. record intake/output

๖. ระวังอุบัติเหตุ สังเกตอาการอื่นๆเหงื่อออกมาก ถ่ายเหลว การสูญเสียน้ำและเกลือแร่

๗. รายงานแพทย์

ประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีภาวะ electrolyte imbalance ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ ไม่มีสับสน ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขับถ่ายปกติ

สรุปผลการดูแล ปัญหาเสี่ยงต่อการเกิด electrolyte imbalance เมื่อผู้ป่วยอาการขาดสุราดีขึ้น นอนหลับพักผ่อนได้ตลอด รับประทานอาหารได้ การขับถ่ายปกติ ปัญหาสิ้นสุดลงในวันที่ ๕ ของการรักษา

ข้อวินิจฉัยที่ ๖ : บกพร่องในการดูแลกิจวัตรประจำวันจากอาการอ่อนเพลีย สับสน มึนงง

ในแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม บุคคลอาจจะกระทำด้วยตนเองหรือพึ่งพาผู้อื่น การดูแลตนเองมีเป้าหมายและเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมนุษย์ในการสร้างความสมบูรณ์ของโครงสร้าง การทำหน้าที่ต่างๆและการพัฒนาเพื่อการมีสุขภาพดี การพยาบาลเป็นการช่วยเหลือบุคคลให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างต่อเนื่อง และเพียงพอกับความต้องการในการดูแลตนเอง

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ขอพักผ่อนที่เตียง

O: ผู้ป่วยอ่อนเพลีย ไม่มีแรง พักผ่อนที่เตียงตลอดต้องเรียกผู้ป่วยให้จิบน้ำ ดูแลกิจวัตรประจำวันต่างๆ

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

เกณฑ์การประเมิน ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันง่ายๆได้ เช่น หวีผม แปรงฟัน เช็ดใบหน้าตนเอง

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินอาการและการรับรู้ของผู้ป่วยและให้ข้อมูลวันเวลาสถานที่และบุคคลกับผู้ป่วยซ้ำๆ โดยไม่แสดงท่าทีต่อต้านคำพูด ความเชื่อของผู้ป่วย ยอมรับฟังผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยตรวจสอบการรับรู้จากเพื่อนผู้ป่วยหรือคนใกล้ชิดเพื่อให้รับรู้สิ่งต่างๆตามความเป็นจริง

๒. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย

๓ .หาสาเหตุของอาการมึนงง สับสนของผู้ป่วย รายงานแพทย์เพื่อแก้สาเหตุให้หมดไป

๔. กระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ

๕. กระตุ้นไม่ให้ผู้ป่วยหลับในเวลากลางวัน

๖. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ

๗. ระวังอุบัติเหตุ

๘. พิจารณาผูกมัดผู้ป่วยไว้ที่เตียงตามความจำเป็นและให้การดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยขณะผูกมัดอย่างเคร่งครัด

๙. เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางกาย

ประเมินผล ผู้ป่วยอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ต้องกระตุ้นให้ทำกิจวัตรประจำวัน ดูแลทำความสะอาดร่างกายให้

สรุปผลการดูแล ปัญหาบกพร่องในการดูแลกิจวัตรประจำวันจากอาการอ่อนเพลีย สับสน สิ้นสุดลงวันที่ ๕ ของการรักษา อาการขาดสุราดีขึ้น นอนหลับพักผ่อนได้ตลอด รับประทานอาหารได้ ดูแลตัวเองได้ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

ข้อวินิจฉัยที่ ๗ : เสี่ยงต่อพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น เนื่องจากมีอาการขาดสุรารุนแรงและมีอาการทางจิตเวช มีพฤติกรรมก้าวร้าว หูแว่ว ได้ยินเสียงเพื่อนผู้ป่วยด่าทอ หงุดหงิด หวาดระแวง

อยู่ในระยะดำเนินการแก้ปัญหา (Exploitation phase) ของทฤษฎีเพบพราว สามารถวางแผนและให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกได้ยินเสียงเพื่อนผู้ป่วยด่าทอ หงุดหงิด ตะโกนเสียงดัง มีประวัติทำร้ายมารดาเวลาเมาสุรา

O: สีหน้าตึงเครียด บ่นหงุดหงิด โมโห เสียงดัง ด่าทอเพื่อนผู้ป่วย

วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยและผู้อื่นปลอดภัย

เกณฑ์การประเมิน ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้ป่วยและผู้อื่นปลอดภัย

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยท่าทางที่เป็นมิตร สงบ จริงใจ ให้เกียรติ ยอมรับ พฤติกรรมของผู้ป่วย

๒. การประเมินความรุนแรงที่เป็นสัญญาณเตือน ของพฤติกรรมรุนแรง เช่น สีหน้า ท่าทาง คำพูด การกระทำ การเคลื่อนไหว

๓. การประเมินสถานการณ์ความเสี่ยง ป้องกันพฤติกรรมรบกวน การเตรียมความ พร้อมการจัดการขณะเกิดเหตุการณ์

๔. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ลดสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้เกิด สิ่งที่อาจเป็นอาวุธ แยกผู้ป่วยออกจากสิ่งรบกวน

๕. การจำกัดพฤติกรรม และให้การพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจำกัดพฤติกรรม

๖. การทบทวนร่วมกับผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดพฤตติกรรมซ้ำ

ประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้ป่วยและผู้ป่วยอื่นปลอดภัย

สรุปผลการดูแล หลังจากอาการขาดสุราดีขึ้น นอนหลับพักผ่อนได้ เข้าร่วมกลุ่มกับเพื่อนผู้ป่วยได้ ไม่มีพฤติกรรมพฤติกรรมก้าวร้าว

ข้อวินิจฉัยที่ ๘. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัดเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้

อยู่ในระยะดำเนินการแก้ปัญหา (Exploitation phase) ของทฤษฎีเพบพราว สามารถวางแผนและให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่ามีคนมาเรียก ส่งเสียงดังตอบรับ กระสับกระส่าย จะไปตามเสียงเรียก

O: ผู้ป่วยวิตกกังวล กระสับกระส่าย ส่งเสียงดัง พูดคุยคนเดียว ส่งเสียงดังเป็นระยะ มือสั่นเล็กน้อยตลอดเวลา ต้องผูกมัดผู้ป่วยไว้กับเตียง (CIWA อยู่ระหว่าง ๑๓ – ๑๘ คะแนน)

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการผูกมัด

เกณฑ์การประเมิน ผู้ป่วยปลอดภัยจากการผูกมัดไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่ม

กิจกรรมการพยาบาล

๑. เรียกชื่อผู้ป่วยให้ถูกต้องทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล

๒. แจ้งผู้ป่วยและญาติ เพื่อขออนุญาตยินยอมผูกยึดผู้ป่วย

๓. เตรียมบุคลากรให้เพียงพอ ได้แก่ รปภ. ผู้ช่วยเหลือคนไข้ พยาบาล

๔. ดูแลความปลอดภัยของบุคลากร

๕. ดำเนินการผูกยึดแบบ ๔ จุด คือผูกยึดบริเวณข้อเท้าก่อนและผูกยึดบริเวณข้อมือ ๒ ข้าง

๖. จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบายที่สุดและให้ อวัยวะส่วนที่ไม่ได้ถูกผูกยึดสามารถเคลื่อนไหวได้ใกล้เคียงให้ ๑ – ๒ นิ้ว สอดใต้ผ้าได้ แขน ขาต้องไม่บิดเบี้ยวขณะให้การผูกยึดได้คำนึงถึงความปลอดภัยและให้เกียรติผู้ป่วยเสมอ

๗. ประเมินอาการทุก ๑๕ – ๓๐ นาที

๘. คลายเครื่องผูกยึดออกทุก ๒ ชั่วโมง เพื่อประเมินสภาพผิวหนังและข้อบริเวณที่ผูกยึด

๙. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก ๑ – ๒ ชั่วโมง

๑๐. ดูแลให้ผู้ป่วยได้ปัสสาวะ หรืออุจจาระตามที่ต้องการ

๑๑. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ

๑๒. คลายผ้าผูกยึดเมื่อผู้ป่วยอาการสงบลงและยุติการผูกยึดเมื่อผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงที่จะเป็นอันตราย

ประเมินผล ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจาการผูกมัดจำกัดพฤติกรรม

สรุปผลการดูแล ผู้ป่วยถูกผูกมัดจำกัดพฤติกรรม วันที่ ๓ ของการรักษาขณะมีอาการขาดสุรารุนแรง กระสับกระส่าย ประสาทหลอน หูแว่ว และคลายการผูกมัดเมื่อผู้ป่วยหลับได้และสงบลงเป็นพักๆ ยุติการผูกมัดวันที่ ๕ ของการรักษา ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจาการผูกมัดจำกัดพฤติกรรม

ข้อวินิจฉัยที่ ๙ : ขาดแรงจูงใจในการบำบัดรักษาระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

อยู่ในระยะดำเนินการแก้ปัญหา (Exploitation phase) ของทฤษฎีเพบพราว ให้การสนับสนุน ให้กำลังใจและมีความพร้อม สามารถใช้ศักยภาพของตนเองในการจัดการปัญหาได้ ซึ่งมีแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่าขอกลับไปฟื้นฟูตัวเองต่อที่บ้านอยู่บำบัดในระยะฟื้นฟู ๑๖ วันแล้ว

O: จากประวัติการเข้ารับการบำบัดรักษารวมครั้งนี้เป็นจำนวน ๒ ครั้ง ไม่เคยเข้ารับการบำบัดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เมื่อกลับไปที่บ้านไม่สามารถเลิกดื่มสุราได้ ครั้งนี้อยู่บำบัดระยะฟื้นฟูได้ ๑๖ วัน ขอกลับไปฟื้นฟูตัวเองต่อที่บ้าน

วัตถุประสงค์:

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาครบกระบวนการรักษา เข้ารับการบำบัดระยะในฟื้นฟูสมรรถภาพ

๒. เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

เกณฑ์การประเมิน

๑. ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการบำบัดรักษาและเข้ารับการบำบัดรักษาครบกระบวนการ โดยเข้ารับการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

๒. ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงระดับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ในระยะที่ดีขึ้นจากเดิม

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ

๒. ประเมินอาการทางด้านร่างกาย จิตใจ ของผู้ป่วยซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยไม่อยากบำบัดต่อ

๓. ค้นหาปัญหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจอยู่รักษาต่อระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

๔. ประเมินแรงจูงใจในการบำบัดรักษา (stage of change)

๕. เสริมแรงจูงใจในการบำบัดรักษาโดยการให้คำแนะนำกับปัญหาที่ผู้ป่วยต้องการให้ความช่วยเหลือ

๖. ทบทวนเป้าหมายการรักษาระยะยาวตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

๗. ให้ข้อมูลความเป็นจริงตามความเหมาะสมเกี่ยวกับแผนการรักษา

๘. ให้คำปรึกษาผู้ป่วยร่วมกับครอบครัว

ประเมินผล

๑. ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงระดับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ในระยะลงมือแก้ไขและระยะกระทำต่อเนื่องซึ่งเป็นระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้นกว่าเดิม

๒. ผู้ป่วยอยากกลับไปทำงานฟื้นฟูสมรถภาพตนเองด้วยงานอีกครั้ง

สรุปผลการดูแล

ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาต่อในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ๑๖ วัน ขอกลับไปฟื้นฟูตัวเองต่อที่บ้าน บอกว่าจะหยุดดื่มสุราต่อด้วยตนเอง ขอติดต่อญาติ (มารดา) ให้รับกลับไปฟื้นฟูตัวเองต่อที่บ้าน จะหางานทำด้วย มารดารับผู้ป่วยกลับบ้านวันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ รวมระยะการบำบัด ๓๖ วัน

ข้อวินิจฉัยที่ ๑๐ : เสี่ยงต่อการกลับไปดื่มสุราซ้ำอีก เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการหยุดดื่มสุรา แบบแผนการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพ แบบแผนการปรับตัวและการเผชิญปัญหาผิดปกติ ขาดทักษะการเผชิญปัญหา รู้สึกตัวเองไม่มีคุณค่า เป็นภาระครอบครัว

อยู่ในระยะดำเนินการแก้ปัญหา (Exploitation phase) ของทฤษฎีเพบพราว ให้ความช่วยเหลือเพื่อแก้ปัญหาของผู้ป่วย พยาบาลต้องทำความเข้าใจ ให้การยอมรับ ห่วงใย เอาใจใส่ ไม่ตัดสินหรือใช้อารมณ์กับผู้ป่วย และช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ตนเองที่ดีขึ้น ค้นพบความสามารถของตนเองเพื่อนำมาพัฒนาความสามารถในการปรับตัวและแก้ปัญหาให้ได้มากที่สุด

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่าต้องดื่มเบียร์ สุรา ในการสังสรรค์กับเพื่อน บอกต้องมีบ้าง ถ้าเลิกดื่มก็ไม่มีเพื่อน เวลาเครียดไม่รู้ทำอย่างไร วนเวียนโรงพยาบาลเป็นภาระแม่กับลูกชาย

O: จากประวัติการเข้ารับการบำบัดรักษารวมครั้งนี้เป็นจำนวน ๓ ครั้ง เมื่อกลับไปที่บ้านไม่สามารถเลิกดื่มสุราได้ยังคงดื่มสุรา เบียร์แต่ลดปริมาณลงและไม่สามารถควบคุมตัวเองได้

วัตถุประสงค์:

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุราอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

๒. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ

เกณฑ์การประเมิน

๑. ผู้ป่วยมีทักษะในการแก้ปัญหา ใช้เหตุผลอย่างเหมาะสม

๒. บอกวิธีการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในการปฏิเสธการดื่มสุรา การหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นต่างๆ

กิจกรรมการพยาบาล

๑. เสริมสร้างทักษะในการแก้ไขปัญหา การตัดสินใจเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต การหาทางออก และการปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้ดื่มสุรา ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยรายนี้ เพราะการที่ผู้ป่วยจะเกิดทักษะเหล่านี้ได้ ผู้ป่วยต้องมีความเชื่อ ค่านิยม และทัศนคติเกี่ยวกับการดื่มสุราที่ถูกต้องเหมาะสม

๒. ให้ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติขณะอยู่ที่บ้านในทุก ๆ ด้าน ด้วยการให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่มและรายบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ ตระหนักและพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางสร้างสรรค์

๓. ช่วยเสริมสร้างความมีคุณค่าในตัวเองให้แก่ผู้ป่วย โดยชี้ให้เห็นถึงความสามารถที่ผู้ป่วยมีอยู่ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่เป็นภาระแก่บุคคลอื่นในครอบครัว การเห็นคุณค่าของงานที่ทำ และให้ตระหนักถึงคนในครอบครัวที่จะต้องดูแลและเป็นกำลังใจต่อไป

๔. แนะนำเรื่องการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ การพักผ่อนหย่อนใจ คลายเครียด การปรึกษากับผู้ที่ไว้วางใจเมื่อมีปัญหา

๕. การสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นจากการแพ้ยาและกลับไปดื่มสุราอีก อีกทั้งอาการตัวเหลือง ตาเหลือง และสีของปัสสาวะว่าเข้มขึ้นหรือไม่ เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีและให้การป้องกันความรุนแรงที่อาจจะเกิดขึ้น

๖. ให้คำแนะนำญาติพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง

๗. อธิบายเรื่องการเจ็บป่วยทางจิตเวชที่ต้องการรักษาต่อ จะต้องระมัดระวังไม่กลับไปดื่มสุราอีก ทำให้มีอาการทางจิตกลับซ้ำ และการรักษาไม่ได้ผลแล้ว

๘. ช่วยวางแผนการดำเนินชีวิตของครอบครัว และให้คำแนะนำแหล่งให้ความช่วยเหลือได้แก่ ศูนย์สุขภาพจิตชุมชน สถานที่ให้คำปรึกษาที่อยู่ใกล้บ้าน โรงพยาบาลสงขลา เป็นต้น

ประเมินผล มีทักษะในการแก้ปัญหา ใช้เหตุผลอย่างเหมาะสม ไม่มีความรู้สึกท้อแท้ มีแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุราอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

สรุปผลการดูแล ผู้ป่วยบอกเมื่อกลับไปที่บ้าน จะลดปริมาณการดื่มลงและไม่สามารถเลิกดื่มสุราได้ ยังมีสังคมเพื่อน ยังคงดื่มสุรา เบียร์แต่จะพยายามควบคุมตัวเองตามทักษะต่างที่ได้เรียนรู้จากการบำบัด

ข้อวินิจฉัยที่ ๑๑. เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย

อยู่ในระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพ (Resolution phase) ของทฤษฎีเพบพราว เป็นระยะที่ให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมตัวล่วงหน้าและอาจจะมีการสร้างเป้าหมาย เพื่อการรักษา การมาตามนัดอย่างต่อเนื่อง และดำรงภาวะสุขภาพต่อไป

ข้อมูลสนับสนุน

S : ญาติสอบถามการปฏิบัติตัวและการติดตามผลเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

O : ผู้ป่วยบอกแนวทางการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ไม่ครอบคลุม

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจในการเตรียมตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านและสามารถบอกแนวทางการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

๑. วางแผนการจำหน่าย ตามแผนการจำหน่าย D METHOD

D Diagnosis ให้ความรู้เรื่อง สาเหตุ การป้องกันเสพซ้ำ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องการกลับไปดื่มสุราซ้ำจะทำให้มีอาการทางจิตกลับซ้ำ อาการหูแว่ว ภาพหลอน

M Medicine แนะนำการใช้ยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียด สรรพคุณของยา ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งข้อห้ามการใช้ยาด้วย

E Environment /Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม หลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นที่อาจจะทำให้กลับไปใช้ยา

T Treatment ทักษะที่เป็นตามแผนการรักษายาเสพติด รวมถึงการเฝ้าสังเกตอาการตนเองและการปรึกษาแพทย์ หรือการมาก่อนนัด

H Health การส่งเสริม ฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากการดื่มสุรา

O Out patient การมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

D Diet การเลือกรับประทานอาหารเหมาะสมกับโรคหลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

๒. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติบอกว่าเข้าใจคำแนะนำ มีความพร้อมเมื่อกลับไปอยู่บ้านและสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน การป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ การสังเกตอาการทางจิต การรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัด

ข้อวินิจฉัยที่ ๑๒ : เสี่ยงต่อการไม่มาติดตามผลหลังการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง

ระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพ (Resolution phase) เป็นระยะสุดท้ายของการพยาบาลที่ปัญหาของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขแล้ว โดยความร่วมมือจากทั้งผู้ป่วยและพยาบาล เป็นการยุติสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ผู้ป่วยที่สามารถดูแลตนเองได้อิสระโดยไม่ต้องได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาล แสดงว่าผู้ป่วยเกิดการพัฒนา

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่าขอกลับบ้าน จะไปหางานทำสักพักหนึ่งก่อนค่อยมาพบหมอ

O: จากประวัติการเข้ารับการบำบัดรักษารวมครั้งนี้เป็นจำนวน ๓ ครั้ง เมื่อกลับไปที่บ้านไม่ได้มาพบแพทย์ตามนัด มาพบแพทย์เมื่อมีอาการทางจิตเวชและกลับไปดื่มสุราซ้ำ

วัตถุประสงค์:

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งอย่างต่อเนื่อง

๒. เพื่อให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุราอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

เกณฑ์การประเมิน

มาตามนัดอย่างน้อย ๓ ครั้ง ในระยะติดตามผลหลังการบำบัดรักษา ๗ ครั้งใน ๑ ปี

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ให้ข้อมูลข้อดีของการมาติดตามตามนัด

๒. ประเมินปัญหา สาเหตุการขาดนัด

๓. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติระบายความรู้สึก

๔. วิเคราะห์หาสาเหตุ วางแผนและหาแนวทางแก้ไขข้อตกลงร่วมกัน

๕. เพิ่มช่องทางในการติดตามผล เช่นโทรศัพท์ ไปรษณีย์ จากเพื่อนผู้ป่วยโดยยึดหลักสิทธิของผู้ป่วย การรักษาความลับ และการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

๖. ประสานเครือข่ายในการติดตามผลในโรงพยาบาลใกล้บ้าน (โรงพยาบาลสงขลา)

๗. เสริมแรงผู้ป่วยเพื่อเป็นแรงจูงใจในการติดตามครั้งต่อไป เช่น การชมเชย

๘. นัดหมายการพูดคุยครั้งต่อไป บันทึกความก้าวหน้าการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ประเมินผล ป่วยมาติดตามผลหลังการรักษาที่โรงพยาบาล ๑ ครั้ง หลังจากนั้นไม่มาติดตามผลที่โรงพยาบาล ติดตามทางโทรศัพท์อีก ๒ ครั้ง ยังคงดื่มสุรา

สรุปผลการดูแล

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไข แต่ยังไม่สิ้นสุดต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยมาติดตามผลหลังการรักษาที่โรงพยาบาล ๑ ครั้ง หลังจากนั้นไม่มาติดตามผลที่โรงพยาบาล ติดตามทางโทรศัพท์อีก ๒ ครั้ง โดยการพูดคุยกับผู้ป่วย บุตรชายและมารดา มารดาให้ข้อมูลว่าผู้ป่วยยังคงดื่มสุรา แต่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ยังพบกับเพื่อนที่ดื่มสุรา เพื่อนชวนดื่ม ปฏิเสธการดื่มสุราได้บางครั้ง ติดตามทางโทรศัพท์ทุก ๑ เดือน รวม ๓ ครั้ง ติดตามหลังการรักษา ๖ เดือน ๑ ครั้ง มารดาบอกว่าเริ่มนั่งกับกลุ่มเพื่อนที่ดื่มสุรา แต่แค่จิบ ๆ ดื่มสุราน้อยลง มีดื่มเบียร์เป็นบางครั้ง แนะนำมารดาให้กลับมาพบแพทย์ตามนัด มารดาบอกว่าผู้ป่วยขอหยุดเองต่อ ถ้าไม่ไหวจะไปรักษาโรงพยาบาลสงขลาต่อ

สรุปผลการดูแลและสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษาและข้อเสนอแนะ

๑. การพยาบาลผู้ป่วยสุราที่มีอาการทางจิตเวชและมีพฤติกรรมรุนแรงรายนี้ แบ่งเป็น ๓ ระยะได้แก่ ๑) ระยะขาดสุราเป็นระยะบำบัดด้วยยา มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดความรุนแรง บรรเทาอาการขาดสุรา และป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางกาย การพยาบาลที่ให้ได้แก่การพยาบาลผู้ป่วยระยะขาดสุรา การบริหารยากลุ่ม Benzodiazepine ตามแนวปฏิบัติ การใช้ห้องแยกจำกัดพฤติกรรม การผูกยึดผู้ป่วย การปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะ การใช้เทคนิคการสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ๒)ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ มีเป้าหมายให้การบำบัดรักษาด้วยยาและทางจิตสังคมต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ ลด ละ เลิกพฤติกรรมการดื่มสุรา ส่งเสริมให้มีการปรับตัวที่เหมาะสมและมีทักษะในการดำเนินชีวิต การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสุราที่มีอาการทางจิตเวชและมีพฤติกรรมก้าวร้าวได้มีการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวซ้ำ ๓)ระยะการติดตามหลังจำหน่าย มีเป้าหมายช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถหยุดดื่มสุราอย่างถาวรหรือสามารถควบคุมการดื่มสุราได้ โดยมีการสนับสนุนจากครอบครัว สังคม ชุมชน มีเครือข่ายในการดูแลและมีการติดตามอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่าย

๒. ผู้ป่วยมาบำบัดรักษา ด้วยญาติร้องขอให้มาบำบัด ความตั้งใจผู้ป่วยต้องการอยู่บำบัดเพียง ๑๔ วัน ครบระยะบำบัดด้วยยา ผู้บำบัดรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล ได้ทำการประเมิน Stage of change สามารถจูงใจผู้ป่วยตามระดับขั้นของแต่ละ Stage ทำให้เข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพได้รวมระยะเวลา อยู่บำบัด ๓๖ วัน จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาตเนื่องจากผู้ป่วยและญาติขอกลับไปหางานทำและฟื้นฟูตัวเองต่อที่บ้าน

๓. ในผู้ป่วยรายนี้เป็นรายที่มีความยุ่งยากซับซ้อนเนื่องจากผู้ป่วยติดสุรามีอาการทางจิตเวชและมีพฤติกรรมก้าวร้าว เกิดขึ้นเนื่องจากสุราเป็นพิษต่อสมอง ทำให้เกิดการทำลายเนื้อสมองในผู้ที่ดื่มสุราเป็นประจำ ดื่มจนเป็นผู้ติดสุรา ส่งผลให้สมองทำงานประสิทธิภาพลดลง โดยเฉพาะสมองในส่วนเกี่ยวกับการคิดการตัดสินใจ การใช้เหตุผล การยับยั้งชั่งใจ การวางแผน และความเข้าใจบกพร่องลง ทำให้การแปลการรับรู้ผิดเพี้ยน นำไปสู่พฤติกรรมก้าวร้าวได้

๔. การทำงานร่วมกันของวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินของแต่ละวิชาชีพมาพูดคุย ปรึกษาหารือเพื่อวางแผนร่วมกันในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยรายนี้ได้ครอบคลุม และแก้ไขปัญหาได้รวดเร็วยิ่งขึ้น

๕. กรณีศึกษารายนี้มีความหลากหลายของปัญหา ตรงกับสถานการณ์ปัจจุบันโดยเฉพาะผู้ใช้สารเสพติดแนวโน้มมีปัญหาความผิดปกติของบุคลิกภาพและมีปัญหาทางจิตเพิ่มขึ้น สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับรายอื่นๆที่ใกล้เคียงได้

บทที่ ๕

สรุป วิเคราะห์กรณีศึกษา และข้อเสนอแนะ

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ ๕๒ ปี รูปร่างสมส่วน ส่วนสูง ๑๕๕ ซม.น้ำหนัก ๔๗.๗ กก. สถานภาพโสด เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ไม่ได้เรียนหนังสือ อาชีพ ว่างงาน ภูมิลำเนา อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา สิทธิการรักษา หลักประกันสุขภาพ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ประวัติดื่มสุรา ๒๐ ปี มาโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาเพื่อเลิกสุราเป็นครั้งที่ ๓ เมื่อวันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๖ วันที่อยู่ในความดูแล ๑๐ มกราคม ๒๕๖๖ ถึง วันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ รวมระยะเวลา ๓๖ วัน จำหน่ายด้วยแพทย์อนุญาต(ญาติขอรับผู้ป่วยกลับหางานทำตามที่ผู้ป่วยบอก) อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ๑ วัน ก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยดื่มสุราขาว อาละวาด ก้าวร้าวเสียงดัง ทำลายข้าวของในบ้านและทุบกำแพงบ้านเพื่อนบ้าน หูแว่ว คิดว่ามีคนจะมาทำร้าย ญาตินำส่งโรงพยาบาลสงขลา แพทย์โรงพยาบาลสงขลาส่งต่อโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาให้บำบัดแบบผู้ป่วยใน

ผู้ป่วยดื่มสุราขาววันละ ๑/๒ – ๑ แบน ดื่มทุกวันนาน ๓๐ ปี โดยร่วมดื่มกับเพื่อนและกลับมาดื่มต่อคนเดียวทุกวัน มีประวัติบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลสงขลาแบบผู้ป่วยนอกไม่ต่อเนื่อง ๕ ปี ส่งต่อบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ๒ ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ ๑ วันที่ ๑๘ กรกฎาคม – ๒๔ สิงหาคม ๒๕๖๕ โดยรับส่งต่อจากโรงพยาบาลสงขลา ผู้ป่วยเมาสุรา ปีนหลังคาบ้านและตกลงมา ไม่สลบ มีแผลแตกที่ศีรษะ ญาตินำส่งโรงพยาบาลสงขลา นอนโรงพยาบาลสงขลา ๓ วัน ส่งต่อโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ระหว่างอยู่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ สงขลาป่วยติดโควิด ๑๙ ไม่มีภาวะปอดอักเสบ ปฏิเสธการบำบัดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ญาติขอรับผู้ป่วยกลับ แพทย์อนุญาต รวมอยู่บำบัด ๓๗ วัน นัดติดตามผล ๒ สัปดาห์หลังจำหน่าย

ครั้งที่ ๒ วันที่ ๑๗ ตุลาคม – ๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ หลังจากจำหน่ายได้ ๒ สัปดาห์ ไม่มาติดตามผลตามนัด กลับไปดื่มสุราซ้ำ มีพฤติกรรมก้าวร้าว เอะอะ อาละวาด หวาดระแวง กลัวคนมาทำร้าย อยู่บำบัด ๑๘ วัน อาการดีขึ้น ญาติขอรับผู้ป่วยกลับบ้าน นัดติดตามผล ๒ สัปดาห์หลังจำหน่าย

ผู้ป่วยมาตามนัด ๑ ครั้ง

แรกรับ ถามตอบพอรู้เรื่อง บอกเพิ่งได้รับยาฉีดจากโรงพยาบาลสงขลา มีอาการหูแว่วเสียงคนพูดคุย สับสนวันเวลา ไม่มีไข้ สัญญาณชีพปกติ (อุณหภูมิ ๓๖.๗ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นหัวใจ ๙๐ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๒ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๐๘/๖๐ มิลลิเมตรปรอท) คะแนน CIWA-Ar = ๕ คะแนน (การรับรู้ทางเสียงผิดปกติ สับสนวันเวลา) ปฏิเสธการใช้สารเสพติดอื่นๆ ดื่มสุราครั้งสุดท้ายเมื่อวานนี้ ๑ แบน

การวินิจฉัย

F ๑๐.๕ : Mental and behavioural disorders due to use of alcohol at psychotic disorder ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพสุรา

ผลการประเมินด้วยแบบประเมินอื่นๆ

๑. ผลการประเมินอาการขาดสุราด้วยแบบประเมิน CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Scale for Alcohol – Revised)

- เมื่อวันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๖ คะแนน CIWA-Ar ๒ – ๕ คะแนน
- เมื่อวันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๖ คะแนน CIWA-Ar ๓ – ๕ คะแนน
- เมื่อวันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๖ คะแนน CIWA-Ar ๑๓ – ๑๘ คะแนน
- เมื่อวันที่ ๑๓ มกราคม ๒๕๖๖ คะแนน CIWA-Ar ๖ – ๘ คะแนน
- เมื่อวันที่ ๑๔ มกราคม ๒๕๖๖ คะแนน CIWA-Ar ๑ – ๕ คะแนน

๒. ประเมินทางสังคม อารมณ์ไม่มั่นคง หงุดหงิดง่าย มีประวัติทำร้ายมารดาเวลาเมาสุรา บุคลิกภาพแยกตัว การรับรู้ผลกระทบจากการเสพยาค่อนข้างน้อยแบบ Intellectual Insight, Stage of change ระยะ contemplation แรงจูงใจในการเลิกดื่มสุราค่อนข้างน้อย อาศัยอยู่กับมารดา ลูกชาย มีความขัดแย้งกับมารดาค่อนข้างบ่อยเรื่องการดื่มสุรา ต่างคนต่างอยู่กับลูกชาย แต่ลูกชายให้เงินใช้จ่ายเดือนละ ๒,๐๐๐ - ๓,๐๐๐ บาท

๓. ผลการประเมินด้วยแบบประเมินคัดกรองและส่งต่อผู้มีปัญหาการใช้ยาเสพติด/สารเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) v.๒ : อยู่ในระดับ ๓๙ คะแนน แสดงว่า ระดับผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดอยู่ในระดับสูง อนุมานว่าเป็นผู้ติดยาเสพติดรุนแรง

๔. ผลการประเมินปัญหาการดื่มสุรา Audit: Alcohol Use Disorders Identification Test= ๒๗ (มากกว่า ๒๐ คะแนน แปลผล ผู้ดื่มแบบติด)

๕. ผลการประเมินด้วยแบบคัดกรอง ๒Q ครั้งที่ ๑ เมื่อวันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๖ คะแนนเท่ากับ ๐ ถือว่า ไม่มีความเสี่ยงหรือไม่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า เฝ้าระวัง ประเมินซ้ำ ครั้งที่ ๒ เมื่อวันที่ ๒๔ มกราคม ๒๕๖๖ คะแนน เท่ากับ ๐ ถือว่า ไม่มีความเสี่ยงหรือไม่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า

๖. ผลการประเมินความเสี่ยง SAVE : S (suicide) = ๐ คะแนน ไม่มีความเสี่ยงทำร้ายตัวเอง ฆ่าตัวตาย, A (Accident) = ๖ คะแนน ความเสี่ยงระดับ ๒ = มีความเสี่ยงปานกลาง, V (Violen) = ๑๐ คะแนน พบว่า ความเสี่ยงระดับ ๒ = มีความเสี่ยงปานกลาง, E (Escape) = ๐ พบว่า ไม่มีความเสี่ยงหลบหนี

๗. ผลการประเมิน TMSE (Thai Mental State Examination) = ๒๖ คะแนน ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (สมองเสื่อมคะแนนน้อยกว่า ๒๓ คะแนน)

๘.ผลการประเมิน OAS (Overt Aggression Scale) = ๑ มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่นทั้งคำพูดและการแสดงออกกึ่งเร่งด่วน ยังสามารถรับฟังคำเตือนแล้วสงบลงได้

๙. ประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) : อยู่ในขั้นลังเลใจ (contemplation) อยากเลิกดื่มสุราตามที่ครอบครัวร้องขอ แต่ไม่แน่ใจว่าการควบคุมตนเองได้ดีหรือไม่ ยังไม่มั่นใจกับการมาบำบัดเพื่อเลิกสุราครั้งนี้

แผนการรักษาของแพทย์

- Lorazepam (๑ mg.) ๑ x ๒ Oral pc เช้า – เที่ยง
- Lorazepam (๑ mg.) ๒ tab pc เย็น
- Lorazepam (๑ mg.) ๓ tab ก่อนนอน
- Lorazepam (๑ mg.) ๑ tab PRN เวลานอนไม่หลับ
- B ๑-๖-๑๒ ๑ x ๓ Oral pc
- Folic acid ๑ x ๑ Oral pc เช้า
- Thiamine (๕๐๐ mg) + ๐.๙ % NSS ๑๐๐ cc . เข้าเส้นเลือดดำวันละ ๑ ครั้ง ๓ วัน
- Valium (๑๐) ๑ amp V prn. และตาม CIWA-Ar
- Dilantin (๑๐๐) ๑ x ๓ Oral pc
- Haloperidal (๐.๕) ๑ x ๓ Oral pc เช้า,เย็น,ก่อนนอน
- ปรับลดยา Lorazepam (๑mg) ครั้งละ ๑ เม็ด เมื่ออาการดีขึ้น ทุก ๒ วัน

ผลการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยรายนี้อยู่ในกลุ่มผู้ป่วยสุรามีอาการจิตเวชและมีพฤติกรรมก้าวร้าว มีความเสี่ยงต่อการขาดสุรารุนแรง การวินิจฉัยเป็น alcoholic psychosis ได้ให้การรักษาโดยให้ยารับประทานดังนี้

- Lorazepam (๑mg) ๑ เม็ด รับประทานหลังอาหาร เช้า-กลางวัน-เย็น
- Lorazepam (๑mg) ๒ เม็ด รับประทานก่อนนอน
- Lorazepam (๑mg) ๑ เม็ด รับประทานเวลานอนไม่หลับ
- B ๑-๖-๑๒ ๑ เม็ด รับประทานหลังอาหาร เช้า-กลางวัน-เย็น
- Folic acid ๑ เม็ด รับประทานหลังอาหารเช้า
- Thiamin (๑๐๐mg) ฉีดเข้ากล้ามเนื้อวันละครั้ง ๓ วัน
- Dilantin (๑๐๐) ๑ เม็ด รับประทานหลังอาหาร เช้า-กลางวัน-เย็น
- Haloperidone (๐.๕) ๑ เม็ด รับประทานหลังอาหาร เช้า-เย็น-ก่อนนอน

ผู้ป่วยเริ่มมีอาการขาดสุรารุนแรง (delirium) วันที่ ๒ ของการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในเป็นวันที่ ๓ ของการหยุดดื่มสุราแบบทันที มีอาการวุ่นวาย สับสน หูแว่ว ด่าทอ ตะโกนเสียงดัง จะทำร้ายเจ้าหน้าที่ ประเมิน CIWA-Ar ได้ = ๘-๑๘ คะแนน ได้รับยากลุ่ม Benzodiazepine เพื่อสงบอาการ ควบคุมความรุนแรงของอาการขาดสุรา มีอาการขาดสุรารุนแรงระยะเวลา ๖ ชั่วโมง ต้องจำกัดพฤติกรรมผูกมัดผู้ป่วยไว้ตลอด ได้รับยากลุ่มวิตามินบี เพื่อป้องกันภาวะ Wernicke-Korsakoff syndrome ได้รับยากลุ่มต้านอาการทางจิต เพื่อลดความกังวล อาการหูแว่ว ประสาทหลอนและพฤติกรรมก้าวร้าว ได้รับเกลือแร่และสารละลายทางหลอดเลือดดำ จนอาการกายและอาการทางจิตเวชดีขึ้น ไม่มีหงุดหงิดก้าวร้าวรุนแรง การรักษาทางด้านจิตใจและการฟื้นฟู ได้รับการดูแลจิตบำบัดรายบุคคลโดยพยาบาลเจ้าของไข้ ผู้ศึกษาได้ใช้กระบวนการปฏิสัมพันธ์ตามแนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อการบำบัดของเพลบพลาว (Peplau’s interpersonal Relation theory) เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้และมีประสบการณ์ที่ดีขึ้น เกิดการแก้ปัญหาร่วมกันและส่งผลให้ผู้ป่วยปรับตัวที่ดีขึ้น และได้รับการบำบัดรักษาระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นการช่วยเหลือให้บุคคลสามารถดูแลตัวเองต่อได้อย่างต่อเนื่อง และเพียงพอกับความต้องการในการดูแลตนเอง โดยการทำบำบัดทางจิตสังคมเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ การให้สุขภาพจิตศึกษา และวางแผน

จำหน่าย ผู้ป่วยขอกลับไปดูแลตัวเองต่อที่บ้าน จะไปทำงาน เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้าน ให้คำแนะนำการติดตามผลหลังการบำบัดรักษา ผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านวันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ รวมระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาล ๓๖ วัน ผู้ป่วยมาติดตามผลหลังการบำบัด ๑ ครั้ง (๒ สัปดาห์หลังจำหน่าย) หยุดดื่มสุราได้ ขาดนัดติดตามผลครั้งที่ ๒ (๑ เดือนหลังจำหน่าย) ได้โทรศัพท์ติดตามผล กลับมาดื่มสุราซ้ำแต่ยังควบคุมการดื่มได้ ให้คำแนะนำการกลับมาดื่มสุรามีความเสี่ยงอาการทางจิตเวชกำเริบ แนะนำให้กลับมาบำบัดรักษารักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยและมารดาจะไปรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน (โรงพยาบาลสงขลา)

ปัญหาของการดูแลผู้ป่วย

๑. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากภาวะขาดสุรารุนแรง

๒. เสี่ยงต่อการขาดสารน้ำและสารอาหาร เนื่องจากภาวะขาดสุรารุนแรง

๓. พักผ่อนไม่เพียงพอเนื่องจากมี ภาวะขาดสุรารุนแรง

๔. เสี่ยงต่อการเกิดแบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากภาวะการหายใจถูกกดจากอาการไม่พึงประสงค์ของยา benzodiazepines

๕. เสี่ยงต่อการเกิด electrolyte imbalance

๖. บกพร่องในการดูแลกิจวัตรประจำวันจากอาการอ่อนเพลีย สับสน มึนงง

๗ เสี่ยงต่อพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น เนื่องจากมีอาการขาดสุรารุนแรงและมีอาการทางจิตเวช มีพฤติกรรมก้าวร้าว หูแว่ว ได้ยินเสียงเพื่อนผู้ป่วยด่าทอ หงุดหงิด หวาดระแวง

๘. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผูกยึดเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้

๙. ขาดแรงจูงใจในการบำบัดรักษาระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

๑๐.เสี่ยงต่อการกลับไปดื่มสุราซ้ำอีก เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการหยุดดื่มสุรา แบบแผนการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพ แบบแผนการปรับตัวและการเผชิญปัญหาผิดปกติ ขาดทักษะการเผชิญปัญหา

๑๑. เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย

๑๒. เสี่ยงต่อการไม่มาติดตามผลหลังการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง

วิเคราะห์/วิจารณ์

ประเด็นหลักที่ได้จากการศึกษา

๑. ด้านผู้ป่วย

กรณีศึกษารายนี้มีความบกพร่องในการดูแลตัวเองด้านทำกิจวัตรประจำวัน มีอาการนอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อย ควบคุมอารมณ์พฤติกรรมได้น้อย ขาดความยับยั้งชั่งใจ ขาดทักษะปฏิเสธ การจัดการกับปัญหาที่ไม่เหมาะสม ขาดทักษะการแก้ปัญหา ทักษะการปฏิเสธ รวมถึงขาดความสามารถในการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม มองตัวเองในด้านลบคิดว่าตัวเองเป็นคนไม่ดี ไม่มีความสามารถในการคิดหรือทำ รู้สึกไม่มีคุณค่า ประกอบกับผู้ป่วยขาดกำลังใจจากญาติและครอบครัวอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่หาสุราดื่มได้ง่าย มีเพื่อนที่ดื่มสุรามาก มีสิ่งแวดล้อมที่ใช้สุราในทุกกิจกรรม จึงส่งผลให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราซ้ำ ปัญหาสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและญาติที่บกพร่องด้านสัมพันธภาพ อาจจะขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีความยุ่งยากซับซ้อน มีพฤติกรรมใช้

สารเสพติด ครอบครัวละเลย มีดุด่าว่ากล่าว มีการใช้ความรุนแรงในครอบครัว เป็นปัจจัยหลักก่อให้เกิดความขัดแย้ง เมื่อผู้บำบัดได้ประสาน ครอบครัว ให้คำแนะนำต่างๆ ความรู้เกี่ยวกับโรค การป้องกันการดื่มซ้ำ พูดคุยให้กำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีสัมพันธภาพที่ดีมากขึ้น ผู้ป่วยรู้สึกดีมีความต้องการเลิกดื่มสุรา และจากความหลากหลายของปัญหาของกรณีศึกษาตรงกับสถานการณ์ปัจจุบัน โดยเฉพาะผู้ใช้สารเสพติดแนวโน้มมีปัญหาการก่อความรุนแรงจากอาการทางจิตเพิ่มขึ้นสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับรายอื่นๆที่ใกล้เคียงได้

๒. ด้านกิจกรรมการพยาบาล

การทำงานร่วมกันของวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และ นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินของแต่ละวิชาชีพมาพูดคุย ปรึกษาหารือเพื่อวางแผนร่วมกันในการดูแล จะช่วยเหลือผู้ป่วยรายนี้ ได้ครอบคลุม และแก้ไขปัญหาได้รวดเร็วยิ่งขึ้น ซึ่งสิ่งที่ควรพัฒนาคือการนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยดูแล

๓. ด้านการบำบัดรักษา

การบำบัดรักษาผู้ติดสุราประกอบด้วยการบำบัดด้านร่างกายและการบำบัดด้านจิตสังคมบำบัด ด้านร่างกายเป็นการรักษาด้วยยาเพื่อช่วยให้ผู้ติดสุราผ่านพ้นอาการขาดสุราได้อย่างปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่ม การบำบัดฟื้นฟูสมรถภาพเพื่อฟื้นคืนสภาพจิตใจ พฤติกรรมรวมทั้งแก้ไขปัญหาต่างๆที่เป็นเหตุให้ผู้ติดสุราไม่สามารถเลิกดื่มสุราได้ การฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบ Fast Model ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา เป็นการจัดการฟื้นฟูสมรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดทุกชนิดรวมอยู่ด้วยกันทั้งหมด จัดการเรียนรู้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม กลุ่มผู้ป่วยหลายช่วงอายุ หลายประเภทเมื่อมีการเข้าร่วมกิจกรรมร่วมกัน ผู้ป่วยอื่นล้อเล่น ล้อเลียน ทำให้กลุ่มผู้ป่วยสุราซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ไม่สามารถเข้าใจ ไม่พอใจ บอกเลิกการบำบัดระยะฟื้นฟู การพัฒนาการบำบัดประเภทต่างๆให้กับผู้ติดสุรา กิจกรรมที่เหมาะสมกับช่วงอายุ การสัมภาษณ์เพื่อเสริมแรงจูงใจ การปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรม กลุ่มช่วยเหลือกันเอง จะเป็นการเข้าถึงการบำบัดรักษาที่เหมาะสม

๔. ด้านสิ่งแวดล้อม

การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อพยายามลดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอารมณ์โกรธ และการจัดให้ผู้ป่วยได้ร่วมกิจกรรมบาบัดในช่วงที่อารมณ์สงบ เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นและการแสดงออกที่เหมาะสม ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะจากกรณีศึกษา

๑. ควรพัฒนากิจกรรมการดูแลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้เช่นแบบประเมินแรงจูงใจต่อการเลิกดื่มสุราการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา การปรับความคิดและพฤติกรรมต่อการเลิกดื่มสุราเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ

๒. ควรพัฒนาโปรแกรมหรือรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย การให้คำปรึกษาและครอบครัวบำบัดเพื่อให้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราประสบผลสำเร็จมากยิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา. (๒๕๔๙). *แนวทางการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด*. เทมการพิมพ์.

กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิตัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (๒๕๖๔). *การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพประชากร*.สืบค้นเมื่อ ๑๕ มกราคม ๒๕๖๗, จาก https:www.nso.go.th

งานเวชระเบียนโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา. (๒๕๖๖). *รายงานสถิติประจำปี ๒๕๖๖ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ สงขลา*.โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา.

จินตวีร์พร แป้นแก้ว. (๒๕๕๙). การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดสุรา. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, ๙(๑๓), ๑๐-๑๙.

นพพร วิทย์วรพงศ์ และกรรณจริยา สุขรุ่ง. (บรรณาธิการ). (๒๕๕๙). *เหล้า/ความจริง รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย ประจำปี พ.ศ.๒๕๕๘*. โรงพิมพ์เดือนตุลา.

ทานตะวัน สุรเดชาสกุล. (๒๕๕๖). *ทบทวนองค์ความรู้:แอลกอฮอล์กับความรุนแรง*. สืบค้นเมื่อ ๑๙ มกราคม ๒๕๖๗. จาก https:www.niems.go.th

บุบผา บุญญามณี, มณฑาทิพย์ บุญมณี, จำปา สิงขะระ, บัวสี สาธรพันธ์, วณา พรหมมา, และเตือนฤดี ก้อนทรัพย์. (๒๕๔๙). *การวิจัยประเมินผลการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานการบำบัดรักษาผู้ป่วยสุราของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา*. กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ. ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา.

พิชัย แสงชาญชัย. (๒๕๕๒). *การบำบัดรักษายาเสพติดที่มีประสิทธิภาพ*. ใน วิโรจน์ วีระชัย, อังกูร ภัทรากร, ล่ำซำ ลักขณาภิชนชัช, ฉวีวรรณ ปัญจบุศย์, และนิภา กิมสูงเนิน (บ.ก.), *ตำราเวชศาสตร์การเสพติด* (หน้า ๑๔๗-๑๖๗). สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.

พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. (๒๕๕๔). *คู่มือสำหรับผู้อบรม การดูแลผู้มีปัญหาการดื่มเบื้องต้นสำหรับบุคลากรสุขภาพ ฉบับปรับปรุง การบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา***.** วนิดาการพิมพ์.

พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. (๒๕๕๔). *คู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติ รูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพ***.** *ฉบับปรับปรุง*. วนิดาการพิมพ์**,** เชียงใหม่.

ไพโรจน์ สุขเกิด. (๒๕๕๘). *การบริหารจัดการผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Violent Behavior)*. สืบค้นเมื่อ ๑๕ มกราคม ๒๕๖๗, จาก https:www.niems.go.th

ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย. (๒๔๕๗). *การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช*. สืบค้นเมื่อวันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๗, จาก https://www.lib bcnyala.ac.th

มาโนช หล่อตระกูล. (๒๕๕๙). *การตรวจสัมภาษณ์ทางจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ ๒). พิมพ์ลักษณ์.

วันดี สุทธรังษี, ถนอมศรี อินทนนท์ และศรีสุดา วนาลีสิน. (๒๕๕๙). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (เล่ม๑)*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. นีโอพ้อยท์.

วิพร เสนารักษ์. (๒๕๔๘). *การวินิจฉัยการพยาบาล*. การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. หจก.ขอนแก่นการพิมพ์

สมภพ เรืองตระกูล. (๒๕๔๘). *ตำราจิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ ๙). คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

สายฝน เอกวรางกูร. (๒๕๕๙). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต : ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ ๑* (พิมพ์ครั้งที่ ๓). สามลดา.

สาวิตรี สุริยะฉาย. (๒๕๕๘). การบำบัดผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ประสบความสำเร็จ. *วารสารสวนปรุง. ๒๗*(๒), ๑-๑๕.

สาวิตรี อัษณางค์กรชัย. (มปป.). *กลุ่มภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์.*สืบค้นเมื่อมกราคม ๒๕๖๗. จาก http://www.ramamental. com/gp/gp ๑๘ PDF.

สาวิตรี อัษณางค์กรชัย. (๒๕๖๔). *ประชุมวิชาการสุราระดับชาติ ครั้งที่ ๑๒*. สืบค้นเมื่อมกราคม ๒๕๖๗ จาก http://www. thaihealth.or.th/p=๓๑๔๔๙๕.

สุระพรรณ พนมฤทธิ์ และสุภาภรณ์ อุดมลักษณ์. (๒๕๔๓). *กระบวนการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ ๒). บริษัทประชุมช่างจำกัด.

สรายุทธ์ บุญชัยพานิชวัฒนา, อังกูร ภัทรากร, ล่ำซำ ลักขณาภิชนชัช, อภิชาต เรณูวัฒนานนท์, และนันทา ชัยพิชิตพันธ์. (บ.ก.). (๒๕๖๔). *แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุรา (ครั้งที่๒).* โรงพิมพ์เดอะกราฟิโล ซิสเต็มส์ จำกัด.

สุวรรณา อรุณพงค์ไพศาล. (๒๕๕๒). *การทบทวนองค์ความรู้เรื่องการป้องกันและรักษาภาวะถอนพิษสุรา แผนงานการพัฒนาระบบรูปแบบและวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.).* วนิดาการพิมพ์.

อมราภรณ์ ฝางแก้ว และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์. (๒๕๕๘). ปัจจัยทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา. *วารสารสวนปรุง*, ๓๑(๒), ๙๕-๑๐๘.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (๒๕๕๔). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.* สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อังกูร ภัทรากร, ธญรช ทิพยวงษ์, อภิชาต เรณูวัฒนานนท์, พัชรี รัตนแสง และวิมล ลักขณาภิชนชัช. (บ.ก.). (๒๕๕๙). *แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะขาดสุราสำหรับทีมสหวิชาชีพ (ครั้งที่๒).* โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อุดมศักดิ์ แซ่โง้ว, พลเทพ วิจิตรคุณากร, และสาวิตรี อัษณางค์กรชัย. (๒๕๕๙). *ข้อเท็จจริงและตัวเลข: เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย.* ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.

American Psychiatric Association. (๑๙๙๔). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (๔th ed.). American Psychiatric Publishing

Gordon, M. (๑๙๙๔). Nursing diagnosis: Process and application (๓rd ed.). St. Louis: Mosby

Orem, D. E. (๒๐๐๑). *Nursing: Concepts and Practice* (๖th ed.). St. Louis, MO: Mosby WHO.

Peplau, H. E. (๑๙๕๒). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. New York: Springer

World Health Organization. (๒๐๐๔). *The global burden of disease : ๒๐๐๔ update*. Retrieved January ๒๘, ๒๐๒๔, from https://www.who.int/publications/i/item/๙๗๘๙๒๔๑๕๖๓๗๑๐

ภาคผนวก

ภาคผนวก

รายการยาที่ใช้ใน กรณีศึกษารายนี้ มีดังนี้

ชื่อยาและสารน้ำ/ ขนาดและวิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการให้ยา ในผู้รับบริการ
ยา Lorazepan (๑mg) ๑ x ๓ pc ๒ x hs ๑ x prn	**สรรพคุณ** ลดอาการวิตกกังวล คลายเครียด ใช้เป็นยาป้องกันอาการชัก และช่วยคลายกล้ามเนื้อ ช่วยสงบประสาท และทำให้นอนหลับ **อาการไม่พึงประสงค์** อาการไม่พึงประสงค์เกิดจากฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง อาการที่พบส่วนใหญ่ คือ ง่วงซึม กล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน สูญเสียการควบคุมการเคลื่อนไหว สับสน มึนงง เวียนศีรษะ ใจสั่น ชีพจรเต้นเร็ว นอกจากนี้ อาจเกิดภาวะเสียความจำชั่วขณะ มีรายงานการเกิดอาการระคายเคืองทางเดินอาหาร และพบปฏิกิริยาทางผิวหนัง **ข้อห้ามในการใช้ยา** ๑. ข้อห้ามใช้ ๑.๑ ห้ามใช้ในผู้ที่แพ้ยานี้ ๑.๒ ห้ามใช้ในผู้ป่วยโรคต้อหินเฉียบพลันชนิดมุมแคบ ๑.๓ ห้ามใช้ร่วมกับยาที่มีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง รวมทั้งแอลกอฮอล์ หรือสิ่งที่มีแอลกอฮอล์ผสมอยู่ ๑.๔ ห้ามใช้เพื่อการรักษาโรคจิต (psychoses) ๒. ระวังการใช้ในผู้ที่มีประวัติแพ้ยากลุ่มเบนโซไดอาซีปีน (benzodiazepines) ๓. อาจทำให้ง่วงซึม จึงไม่ควรขับขี่	- บรรเทาอาการวิตกกังวล และป้องกันการเกิดอาการชัก ป้องกันอาการกระสับกระส่ายที่อาจเกิดขึ้นได้จากการขาดแอลกอฮอล์ และทำให้นอนหลับได้ง่ายขึ้น

ชื่อยาและสารน้ำ/ขนาดและวิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการให้ยาในผู้รับบริการ
	ยานพาหนะ หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล หรือทำงานที่เสี่ยงอันตราย ๔.ไม่ควรใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน เพราะอาจเกิดการติดยาได้ นอกจากแพทย์สั่ง หากใช้เป็นประจำควรประเมินผลการรักษาเป็นระยะ และควรปรึกษาแพทย์ก่อนหยุดใช้ยาเพราะอาจต้องปรับลดขนาดยาลงทีละน้อยเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการถอนยา ๕.ระวังการใช้เป็นพิเศษในสตรีมีครรภ์ เพราะยาผ่านรกไปมีผลเสียต่อทารกในครรภ์ได้ ในกรณีที่มารดาติดยา ทารกที่คลอดอาจจะมีอาการถอนยา ๖. ระวังการใช้ในสตรีระยะให้นมบุตร ผู้ป่วยที่มีภาวะการทำงานของตับหรือไตบกพร่อง โรคต้อหินชนิดมุมเปิด โรคไมแอสทีเนีย แกรวีส โรคพอร์ไฟเรีย โรคที่ระบบทางเดินหายใจทำงานบกพร่อง ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคทางจิตเวช เช่น โรคจิต โรคอารมณ์ซึมเศร้า เป็นต้น รวมทั้งผู้มีประวัติการติดยาเสพติด ๗. ระวังการใช้ร่วมกับยาอื่นที่มีฤทธิ์เพิ่มหรือลดการทำงานของเอนไซม์ที่ไปทำลายยากลุ่มเบนโซไดอาซีปีน (benzodiazepines) หากจะใช้ร่วมกับยาอื่นต้องปรึกษาแพทย์ ๘. การให้ยาในเด็กหรือผู้สูงอายุอาจเกิดผลตรงกันข้ามกับฤทธิ์ของยาได้ ๙. อาจทำให้เกิดความผิดปกติของเม็ดเลือด ตับ หรือไตได้	

ชื่อยาและสารน้ำ/ขนาดและวิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการให้ยาในผู้รับบริการ
	๑๐. หากมีอาการนอนไม่หลับ ประสาทหลอน พฤติกรรมผิดปกติ เดินเซ หรือมีไข้ ควรหยุดใช้ยาและปรึกษาแพทย์	
ยา Vitamin B๑-๖-๑๒ ๑ × ๓ ๏ pc	**สรรพคุณ** - ใช้บำบัดและรักษาพยาธิสภาพหรือโรคที่เกี่ยวกับระบบปลายประสาท อาทิเช่น - โรคเส้นประสาทเบาหวาน (Diabetic neuropathy) ที่มักมีอาการชามือ-เท้า - โรคเส้นประสาทอักเสบจากแอลกอฮอล์/สุรา (Alcoholic neuropathy) - อาการปวดจากเส้นประสาท (Neuralgia) - การอักเสบของปลายประสาทอันมีสาเหตุจากโรคงูสวัด - อาการปวดปลายประสาทบริเวณคอ (Neuralgia of cervical syndrome - อาการปวดปลายประสาทบริเวณหลัง - บำบัดรักษาการอักเสบของเส้นประสาทในสมองเมื่อได้รับอุบัติเหตุ - รักษาภาวะขาดวิตามิน บี ของร่างกาย **อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา** ยากลุ่มวิตามิน บีรวม ที่รวมถึงวิตามิน บี๑-๖-๑๒ สามารถก่อให้เกิดผลไม่พึงประสงค์ (ผลข้างเคียง/อาการข้างเคียง) ดังนี้ มีอาการเหงื่อออกมาก หัวใจเต้นเร็ว ผู้ป่วยบางรายอาจพบอาการคัน หรือมีอาการคล้ายเป็นลมพิษ และอาการอื่นที่อาจพบเห็นได้ เช่น อาการคลื่นไส้อาเจียน ท้องเสีย หรือปวดท้อง เป็นต้น	- เพื่อลดอาการชาปลายมือปลายเท้าเพราะผู้ป่วยติดสุราส่วนใหญ่ขาดวิตามิน บี

ชื่อยาและสารน้ำ/ขนาดและวิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการให้ยาในผู้รับบริการ
	ข้อห้ามในการใช้ยา - ห้ามใช้ยานี้กับผู้แพ้วิตามินบี ที่เป็นองค์ประกอบสำคัญในสูตรตำรายาต่างๆ - ไม่สมควรใช้วิตามินบีรวม ชนิดเม็ดสำหรับรับประทานในเด็กเล็ก - อาจเกิดพยาธิสภาพ หรืออาการโรคเส้นประสาทได้ หากได้รับวิตามิน บี๖ มากกว่า ๕๐ มิลลิกรัมโดยเฉลี่ย/วัน เป็นเวลา ๖-๑๒ เดือนขึ้นไป - ยาเม็ดวิตามินบีรวมชนิดเม็ดมักมีน้ำตาลแลกโตรสเป็นส่วนประกอบ ควรระวังการใช้ยาในผู้ป่วยที่แพ้น้ำตาลแลกโตรส - ระวังการใช้วิตามินบีรวม กับหญิงตั้งครรภ์ และหญิงที่อยู่ในภาวะให้นมบุตร พบว่ามารดาที่ได้รับวิตามิน บี๖ มากกว่า ๖๐๐ มิลลิกรัม/วัน อาจทำให้ร่างกายผลิตน้ำนมได้น้อยลงกว่าปกติ	
ย า Folic acid ๑ × ๑ ๐ OD	**สรรพคุณ** ยานี้ใช้เพื่อรักษาหรือป้องกันภาวะขาดกรดโฟลิกและภาวะเลือดจางบางชนิด **อาการไม่พึงประสงค์** ๑) อาการไม่พึงประสงค์ที่ต้องแจ้งแพทย์หรือเภสัชกรทันที มีดังนี้ ผื่นคันตัวแดง หายใจลำบาก ๒)อาการไม่พึงประสงค์อื่นที่อาจเกิดระหว่างใช้ยา หากเป็นต่อเนื่องหรือรบกวนชีวิตประจำวันแจ้งแพทย์หรือเภสัชกรทราบทันที มีดังนี้ แน่นหรือเจ็บหน้าอก ซึมเศร้า หงุดหงิดง่าย เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน **ข้อห้ามในการใช้ยา**	

ชื่อยาและสารน้ำ/ขนาดและวิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการให้ยาในผู้รับบริการ
	- มีประวัติแพ้ยา Folic acid หรือแพ้ยาอื่นๆ กินยาแล้ว คลื่นไส้มาก เป็นผื่น หรือแน่นหายใจติดขัด หายใจลำบาก - ยาอื่นๆทั้งยาที่แพทย์สั่งจ่ายและยาที่ใช้เอง วิตามิน อาหารเสริม และยาสมุนไพรที่ท่านใช้อยู่ในขณะนี้หรือกำลังจะใช้	
ย า Thiamine (๑๐๐ mg) IM OD × ๓ Day	**สรรพคุณ** วิตามินบี ๑ หรือ Thiamine เป็นสารอาหารที่จาเป็นต่อการดารงชีวิ มีหน้าที่สำคัญ คือ เป็นตัวเร่งปฏิกิริยาในการเผาผลาญอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต โปรตีนและไขมัน ทาให้เกิดพลังงานเพื่อให้ร่างกายสามารถทางานได้ นอกจากนี้ยังมีส่วนสำคัญของระบบประสาท โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านนากระแสความรู้สึกของเส้นประสาท ถ้าร่างกายได้รับวิตามินบีหนึ่งไม่เพียงพ จะทาให้เป็น โรคเหน็บชา โรคนี้เกิดได้กับบุคคล ทุกกลุ่มอายุ สาหรับเด็กทาร ถ้าเป็นโรคเหน็บชา (Infantile berib รับการรักษาอย่างถูกต้องและทันต่อโร ซึ่งพบได้มากในประเทศที่ ประชาชนรับประทานข้าวที่สีแล้วเป็นอาหารหลัก โดยไม่รับประทานอาหารอื่นที่มีวิตามินบี ๑ เสริมอย่างเพียงพอ **อาการไม่พึงประสงค์** ๑. อาการอันไม่พึงประสงค์ที่ต้องแจ้แพทย์หรือเภสัชกรทันที มีดังนี้ การรับประทานวิตามินบี ๑ ในขนาดปกติไม่ค่พบว่าเกิดอาการข้างเคียงที่รุนแรง อาก ข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น แต่พบน้อยมาก เช่น แน่นหน้าอก คลื่นไส้ อาเจียน กระสับกระส่าย ผื่นคัน ผื่นลมพิษ มีเลือ	- เพื่อลดอาการชาปลายมือปลายเท้าเพราะผู้ป่วยติดสุราส่วนใหญ่ขาดวิตามิน บี

ชื่อยาและสารน้ำ/ ขนาดและวิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการให้ยาในผู้รับบริการ
	ออกในกระเพาะอาหารหรือลำไส้ เหงื่อออกผิดปกติ มีอาการบวมของริมฝีปากหรือใบหน้า วิงเวียนศีรษะ ๒. อาการอันไม่พึงประสงค์อื่นที่อาจเกิดระหว่างใช้ยา หากเป็นต่อเนื่อง หรือรบกวนชีวิตประจำวัน ให้ แจ้งแพทย์หรือเภสัชกรทราบ มีดังนี้ การรับประทานวิตามินบี ๑ ในขนาดปกติไม่ค่อยพบว่าเกิดอาการข้างเคียง **ข้อห้ามในการใช้ยา** การได้รับวิตามินบี๑ ปริมาณมากเกินไป อาจรบกวนการรับวิตามินบี ชนิดอื่นๆ ได้หรือถ้ามากเกิน ๓ มิลลิกรัมต่อวัน อาจทำให้ชีพจรเต้นเร็ว นอนไม่หลับ **อาการเป็นพิษ:** สำหรับวิตามินบี ๑ ซึ่งเป็นวิตามินที่มีคุณสมบัติในการละลายน้ำ ดังนั้นเมื่อไรก็ตามที่มีปริมาณมากเกินไป ร่างกายก็สามารถที่จะกำจัดออกมาได้ในรูปแบบของการปัสสาวะ **อาการเมื่อขาด:** อ่อนแรงและปวดกล้ามเนื้อ, เหน็บชา, บวมน้ำ, ปวดศีรษะ	
Haloperidol (๕ mg) ๑ x ๒ pc	**สรรพคุณ** เป็นยาที่นำมาใช้รักษาโรคทางจิต หรืออารมณ์ เช่น โรคจิตเภท (Schizophrenia) กลุ่มโรคจิตอารมณ์ (Schizoaffective Disorder) และกลุ่มอาการทูเร็ตต์ (Tourette Syndrome) เป็นต้น โดยยาจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกกังวลน้อยลง สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ รวมไปถึงอาจช่วยป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับผู้ป่วยที่มีแนวโน้มจะทำร้ายตัวเอง ช่วยลดความก้าวร้าว ความอยากทำร้ายผู้อื่น ความคิดในแง่ลบ และอาการหลอน	- ช่วยให้อาการสงบช่วยลดอาการก้าวร้าว ความอยากทำร้ายตนเองและผู้อื่น

ชื่อยาและสารน้ำ/ ขนาดและวิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการให้ยาในผู้รับบริการ
	อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การใช้ยาอาจมีผลข้างเคียงที่พบได้บ่อย ดังต่อไปนี้ ท้องผูก ท้องเสีย เวียนศีรษะ ง่วงซึม ปากแห้ง ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ กระสับกระส่าย ปวดท้อง มีปัญหาในการนอนหลับ ลิ้นแข็ง ตัวแข็ง พูดไม่ชัด น้ำลายไหล กลืนหรือพูดลำบาก เป็นต้น **ข้อห้ามในการใช้ยา** - ห้ามใช้หากหากมีประวัติแพ้ยาหรือส่วน ประกอบของยาชนิดนี้ - ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับผลข้าง เคียงจากการใช้ยานี้ จึงควรระมัดระวังในการใช้ยาเป็นพิเศษ - ไม่ควรหยุดใช้ยานี้หากแพทย์ไม่ได้กำหนด เพราะโรคทางจิตและอารมณ์ที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง อาจทำให้เกิดภาวะอาการป่วยที่รุนแรงตามมาได้ - หากเป็นผู้ที่กำลังวางแผนตั้งครรภ์ กำลังตั้งครรภ์ หรือคิดว่าอาจกำลังตั้งครรภ์อยู่ ควรปรึกษาแพทย์ถึงประโยชน์และความเสี่ยงจากยานี้ก่อนใช้ยาเสมอ - ยานี้อาจผ่านเข้าสู่น้ำนมมารดาแล้วส่งผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ต่อทารกได้ ดังนั้น ควรปรึกษาแพทย์ก่อนให้นมบุตรเสมอ	
Haloperidol ๕ mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ	**สรรพคุณ:** คุณสมบัติ มีฤทธิ์เป็นยาสงบประสาท	

ชื่อยาและสารน้ำ/ขนาดและวิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการให้ยาในผู้รับบริการ
	ช่วยให้อาการผิดปกติทางจิตสงบ และระงับอาการ อาเจียน ทำหน้าที่เป็น Dopamine Antagonist **ข้อบ่งใช้** ใช้ในการสงบอาการสับสนทางจิตของโรคจิตเสื่อม ภาวะจิตบกพร่อง โรคจิตเภทชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง โรคพิษสุราเรื้อรังใช้ในภาวะที่มีการหลงผิดและประสาทหลอนในโรคจิตเภท ทั้งชนิดเฉียบพลัน และเรื้อรัง โรคจิตหลงผิด โรคจิตสับสนชนิดเรื้องรังเฉียบพลันใช้ในโรค การเคลื่อนไหวชักกระตุก ใช้ในโรคกล้ามเนื้อกระตุก พูดติดอ่าง อาเจียนและสะอึก ขนาดและวิธีใช้ การให้ยาโดยการฉีด สำหรับการควบคุมอาการเฉียบพลันที่รุนแรงปานกลาง หรือรุนแรงมาก ให้ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือเข้าหลอดเลือดดำอย่างช้า ๆ ในขนาด ๕-๑๐ มิลลิกรัม **อาการข้างเคียง** อาจก่อให้เกิดปฏิกิริยาทางสมองส่วนไพรามิดอล เป็นต้น การเกร็งของกล้ามเนื้อและอาการกล้ามเนื้อสั่น (Parkinson) กล้ามเนื้อขาอ่อนเพลีย อาการเหล่านี้อาจแก้ไขให้เบาลงได้โดยปรับขนาดให้เหมาะสมกับผู้ป่วย Haldol อาจก่อให้เกิดอาการง่วงนอนและซึมโดยเฉพาะในระยะเริ่มต้นของการรักษา **ข้อห้ามในการใช้ยา** ในโรคระบบประสาทที่มีอาการของไพรามิดอล หรือ Extrapyramidol	

ชื่อยาและสารน้ำ/ขนาดและวิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการให้ยาในผู้รับบริการ
Amoxy (๕๐๐) mg	**สรรพคุณ:** เป็นยาปฏิชีวนะที่มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อแบคทีเรียได้อย่างกว้างขวาง ทั้งเชื้อแบคทีเรียชนิดแกรมบวก (Gram-positive bacteria) ที่มักเป็นสาเหตุของการติดเชื้อของอวัยวะที่อยู่นอกช่องท้อง (เช่น ทางเดินหายใจ ตา หู ผิวหนัง) และเชื้อแบคทีเรียชนิดแกรมลบ (Gram-negative bacteria) ที่มักเป็นสาเหตุของการติดเชื้อของอวัยวะที่อยู่ในช่องท้อง (เช่น ทางเดินอาหาร ทางเดินปัสสาวะ อวัยวะสืบพันธุ์) โดยถูกนำมาใช้รักษาการติดเชื้อของระบบอวัยวะ**ต่างๆ** **อาการไม่พึงประสงค์** :อาจทำให้เกิดผลข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปากเปื่อย ลิ้นเปื่อย จุกแน่นท้อง ท้องเดิน เหนื่อย อ่อนเพลีย ตัวเหลือง ตาเหลือง มีเลือดออกหรือฟกช้ำง่ายกว่าปกติ ชัก ฯลฯ **ข้อห้ามในการใช้ยา**ควรระมัดระวังการใช้ยากับผู้ที่แพ้ยากลุ่มเพนิซิลลิน , ผู้ป่วยโรคตับ โรคไต โรคหอบหืด หญิงตั้งครรภ์ และหญิงให้นมบุตร	
Flumucil (Acetylcysteine) ๑ ซอง ชงละลายน้ำดื่ม ๓ เวลาหลังอาหาร	**สรรพคุณ :** Acetylcysteine (อะเซทิลซิสเทอีน) คือ ยาขับเสมหะหรือยาละลายเสมหะ ใช้รักษาอาการป่วยจากการรับประทานยาพาราเซตามอลเกินขนาด เพื่อป้องกันการเกิดความเสียหายที่ตับ และรักษาภาวะอาการที่เกิดมูกเหลวเหนียวข้นขึ้นจนเกิดปัญหาการหายใจ จากภาวะหรือโรคที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะในระบบทางเดินหายใจ เช่น หลอดลมอักเสบ ถุงลมโป่งพอง ปอดบวม ปอดอักเสบ	

ชื่อยาและสารน้ำ/ขนาดและวิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการให้ยาในผู้รับบริการ
	เป็นต้น โดยยาจะช่วยสลายมูกเหนียวข้นให้เจือจางลง เพื่อให้ระบบทางเดินหายใจขับมูกเสมหะเหล่านั้นออกมาได้ และช่วยให้ผู้ป่วยหายใจได้สะดวกขึ้นในที่สุด **อาการไม่พึงประสงค์** ผลข้างเคียงจากการใช้ยา Acetylcysteineเพียงเล็กน้อย โดยอาการที่เป็นผลข้างเคียงจากการใช้ยานี้ที่อาจพบ ได้แก่เป็นหวัด น้ำมูกไหลผิวหนังเนื้อตัวเย็นชีดง่วงนอนมีไข้มีอาการอักเสบระคายเคืองบริเวณปาก หรือ ลิ้น คลื่นไส้อาเจียนแม้อาจพบผลข้างเคียงเป็นอาการป่วยเพียงเล็กน้อยข้างต้น แต่หากอาการดังกล่าวไม่ทุเลาลง ยังคงป่วยอย่างต่อเนื่องเรื้อรัง หรือมีอาการที่รุนแรงขึ้น ผู้ป่วยควรไปพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาอาการต่อไป **ข้อห้ามในการใช้ยา**เมื่อพบอาการดังต่อไปนี้มีผื่นลมพิษขึ้นที่ผิวหนัง หน้าบวม ปากบวม ลิ้นบวม หายใจติดขัด แน่นหน้าอก	