

การจัดการรายกรณี : การดูแลผู้ติดสุราต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน  
Case manager : nursing care for alcohol dependence patient  
continuing care in community

รุ่งนภา อุดานนท์  
Rungnapa Udanon  
โรงพยาบาลท่าอุเทน  
Thauthen Hospital

**บทคัดย่อ**

การจัดการรายกรณีเป็นกระบวนการในการดูแลผู้ป่วย เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลที่เน้นผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ต้องอาศัยความรู้ความสามารถของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในชุมชน เครือข่ายในการจัดการระบบการทำงานแบบบูรณาการ พยาบาลเป็นบุคคลหนึ่งในทีมบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่มีบทบาทของผู้จัดการรายกรณีเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญ สามารถสนับสนุนการเข้าถึงการบริการสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมในชุมชน โดยใช้เครื่องมือ คือ แผนการดูแลของทีมสุขภาพที่พัฒนาและประยุกต์กระบวนการพยาบาลมาใช้ในการจัดการรายกรณี โดยใช้ในการค้นหาคัดกรอง ประเมิน ปัญหาความต้องการ การวางแผนการทำงาน ดำเนินการปฏิบัติ และการประเมินผล โดยมีการกำกับกระบวนการจัดการรายกรณีที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยโรคติดสุรา ที่มีการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี

**คำสำคัญ :** พยาบาลผู้จัดการรายกรณี , ผู้ป่วยโรคติดสุรา

## Abstract

Alcohol dependence patient is an important care for community nurse that will have to including case management competency. Case management is a caring method to enhance the quality of care that is often used with alcohol dependence patient in community who is disable or needed help. This method is required integrated management systems from providers and community resources. Community nurse plays a crucial role to enhance healthcare assessing in community by developing strategies for health plans. Nursing process is an important tool to adapt and modify in case management plan that consists screening, accessing, nursing diagnosis, planning, and evaluation. However, the best care management has to appropriate to patient, caregiver, family, and community needs.

**Keywords :** Nurse in case manager, Alcohol dependence patient

## บทนำ

ในปัจจุบันสถานการณ์การบริโภคสุราทั่วโลกมีแนวโน้มที่สูงขึ้นเรื่อยๆ ประชากรทั่วโลกบริโภคสุรามากถึง 2,000 ล้านคน หรือ 1 ใน 3 ของประชากรโลก ประเทศไทยมีการบริโภคสุราเป็นประจำเกือบ 17 ล้านคน และเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ ในภูมิภาคเอเชีย พบว่า อัตราการบริโภคสุราของประชากรไทยเพิ่ม ขึ้นมากกว่าประเทศอื่นๆ คือ เลื่อนจากอันดับสามเป็นอันดับหนึ่ง (Department of Mental Health ,2020 ) จากการดื่มสุราเป็นอันดับต้นๆ ทำให้ส่งผลต่อการเกิดโรคร้ายต่างๆ ก่อให้เกิดการบาดเจ็บความพิการ ตลอดจนการเสียชีวิต รวมทั้งทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจมูลค่ามหาศาล และเป็นสาเหตุของปัญหาสังคมมากมาย ผลกระทบจากการดื่มสุราต่อร่างกายและจิตใจของผู้ดื่ม คือ เกิดแผลในกระเพาะอาหาร (gastric ulcer) หลอดอาหารอักเสบ ( esophagitis ) มีภาวะตับโต (fatty liver) ตับอักเสบ (alcoholic hepatitis) ตับแข็ง (hepatic cirrhosis) ตับอ่อนอักเสบ ( pancreatitis ) ความดันโลหิตสูง (hypertension) หัวใจเต้นผิดจังหวะ (cardiac arrhythmia) ฮอโมนเพศชายลดลง ความจำเสื่อม ( เอกอุมา อัมคา, 2560) บางรายมีอาการทางจิต เช่น มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน เป็นต้น ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะเมาสุรา (alcohol intoxication) ภาวะถอนพิษสุรา (alcohol withdrawal) ภาวะถอนพิษสุราแบบรุนแรงเพ้อคลั่ง (alcohol withdrawal delirium) ภาวะโรคจิตจากสุรา (alcoholic psychosis) และภาวะสมองเสื่อมจากสุรา (alcoholic dementia) จากภาวะดังกล่าว ก่อให้เกิดปัญหาการดูแลทางด้านระบบบริการจิตเวช โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะ Delirium Tremens เป็นภาวะถอนพิษสุราแบบรุนแรง อาการเกิดต่อเนื่องจากภาวะถอนพิษสุราที่ไม่ได้รับการรักษา และมีอาการมากขึ้นเรื่อยๆ ภาวะถอนพิษสุรา (alcohol withdrawal) มักจะเกิดขึ้นหลังจากที่ผู้ดื่มสุราลดปริมาณการดื่มหรือ หยุดดื่มสุรา (จินตวิวัฒน์ แปนแก้ว, 2559) ซึ่งเป็นภาวะที่มีอันตรายมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้สูง หากไม่ได้รับการประเมิน ภาวะถอนพิษสุราและดูแลรักษาทันทีตั้งแต่แรกรับอาจส่งผลต่อเนืองกลายเป็นภาวะถอนพิษสุราแบบรุนแรง (complicated alcohol withdrawal) (American Psychiatric Association, 2013) ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 95 พบภายใน 48 ชั่วโมงหลังหยุดดื่ม โดยมีโอกาสเกิดมากที่สุดในช่วง 12-24 ชั่วโมงหลังการซักรั้งแรก (Stuart G.W. and Larai M.T., 2013) ภาวะถอนพิษสุราแบบรุนแรงนี้ถือเป็นความเสี่ยงที่สำคัญ เนื่องจากมีอัตราการตายสูงถึง ร้อยละ 1-30 จากการศึกษาผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาจะมีอัตราการตายถึง ร้อยละ 5-15 และอีกประมาณร้อยละ 5 ของผู้ป่วยที่ติดสุราที่ไม่ได้รับการรักษาจะเกิดอาการเพ้อ สับสน (delirium) และในจำนวนนี้ ร้อยละ 10-15 จะเสียชีวิตส่วนผู้ที่ยังไม่เกิดภาวะเพ้อสับสน (delirium) (อังกูร ภัทรกร และคณะ, 2558)

จากปีงบประมาณ 2563, 2564 และ 2565 โรงพยาบาลท่าอุเทน มีผู้ป่วยโรคพิษสุรามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากสถิติ ผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 12,18, 22 คน ตามลำดับและมีผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราเข้าบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน มีแนวโน้ม เพิ่มขึ้นเช่นกัน พบว่ามีจำนวน 28, 39, 56 คนตามลำดับ ผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราและได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาลเกือบทุกรายจะมีอาการ Delirium tremens ดังนั้นจึงถือว่าภาวะ Delirium tremens นั้นเป็นความเสี่ยงที่สำคัญ สถานการณ์การบำบัดผู้ติดสุราของในโรงพยาบาลที่ผ่านมายังไม่ประสบความสำเร็จ เกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ ด้านผู้รับบริการ ผู้รับการบำบัดสุราหยุดการบำบัดระหว่างการทำบำบัดฟื้นฟู กลับไปดื่มสุราซ้ำ ด้านการบริการทีมสหวิชาชีพ พบว่า ไม่มีจิตแพทย์ บุคลากรพยาบาลมีศักยภาพจำกัดไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการ Alcohol withdrawal ขาดการติดตามต่อเนื่อง ไม่มีแผนการจัดการรายกรณีดูแลเฉพาะผู้ป่วยติดสุราในชุมชน จึงทำให้เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติงานอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องมีแผน การติดตามดูแลถึงบ้านโดยเชื่อมต่อจากระยะที่เข้า

รับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายและติดตาม อย่างต่อเนื่อง เพราะปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายต้องได้รับการดูแลเฉพาะบุคคล ดังนั้นบุคลากรที่มีสุขภาพที่ใกล้ชิดผู้ป่วยที่สุด คือ พยาบาล ซึ่งเป็นผู้มีความชำนาญด้านคลินิกและ การประสานงานกับทีมสุขภาพ แหล่งประโยชน์ในชุมชนการให้คำปรึกษา การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งเป็นการจัดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและมีความต่อเนื่อง การใช้การจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวชุมชน มาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา มีเป้าหมายในการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ ลดการทำงานแยกส่วน มีการประสานงานที่ตระหนักรู้ถึงทีมสุขภาพ ใช้ทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่ในองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ เน้นการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพเพื่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ เกิดความคุ้มค่า คำนึงค่าด้านด้านการรักษา ทีมสหวิชาชีพตลอดจนเจ้าหน้าที่ในชุมชนผสมผสานความร่วมมือ รับรู้ถึงความจำเป็นในการแก้ปัญหาให้ผู้ป่วย มีความพร้อมตั้งแต่ผู้บริหารและปฏิบัติร่วมเป็นผู้กำหนดนโยบาย และร่วมมือร่วมใจมีส่วนร่วมในการพัฒนาแผนการดูแล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามระยะเวลาที่กำหนด ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่และครอบครัว ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มีแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันในการรักษา ทำให้เกิดความต่อเนื่อง เกิดความพึงพอใจในคุณภาพบริการที่ได้รับทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัวและเจ้าหน้าที่ (สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2564) ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลผู้จัดการทางคลินิกสนใจนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสุรา ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากภาวะ Alcohol withdrawal และได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพอย่างมีคุณภาพ สามารถคงการหยุดดื่มหรือลดปัจจัยเสี่ยงในการดื่มสุรา อีกทั้งมีการนำแหล่งประโยชน์ในชุมชนมาช่วยสนับสนุนให้ผู้รับการบำบัดสุราหยุดดื่มสุราได้นานขึ้นมีคุณภาพชีวิตที่ดี

### การเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคติดสุรา

การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดสุรา มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการขาดสุรา ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนทางกายและทางจิต ได้รับการบำบัดฟื้นฟูสภาพและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน การพยาบาล แบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 การพยาบาลระยะถอนพิษสุรา ระยะที่ 2 การพยาบาลระยะบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพ ระยะที่ 3 การพยาบาลระยะติดตามในชุมชน มีรายละเอียด ดังนี้

#### ระยะที่ 1 การพยาบาลระยะถอนพิษสุรา

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
วันที่เข้ารับการรักษา วันที่ 1 กันยายน 2564 วันที่จำหน่าย วันที่ 4 กันยายน 2564	วันที่เข้ารับการรักษา วันที่ 15 ตุลาคม 2564 วันที่จำหน่าย วันที่ 19 ตุลาคม 2564
ข้อมูลทั่วไป: ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 32 ปี สัญชาติไทย สถานภาพโสด อาชีพ รับจ้าง อาศัยอยู่กับมารดา	ข้อมูลทั่วไป: ผู้ป่วยชายไทย อายุ 34 ปี สัญชาติไทย สถานภาพโสด อาชีพ รับจ้าง อาศัยอยู่กับบิดา มารดา
อาการสำคัญ : ชักเกร็ง เริ่มไม่รู้สึกตัว 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล	อาการสำคัญ : ชักเกร็ง ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน: หยุดดื่มสุรา 8 วัน 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยบอกว่าเหนื่อย หงุดหงิด ไม่โหยง่ายวุ่นวาย ไม่รับประทานอาหาร

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<p><b>ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน:</b> 1 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยพยายามหยุดดื่มสุราเอง 1 สัปดาห์ รับประทานอาหารได้น้อย อารมณ์หงุดหงิด 1 วันก่อน มาโรงพยาบาล ผู้ป่วยบอกว่าเหนื่อย ไม่รับประทานอาหาร</p> <p>30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ญาติพบผู้ป่วยชักเกร็ง เรียกไม่รู้สีกตัว จึงนำส่งโรงพยาบาล</p> <p><b>ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต:</b> ปฏิเสธ</p> <p><b>ประวัติดื่มสุรา</b> ดื่มทุกวัน วันละ 2-4 แก้ว มากสุดวันละ 1 ขวด ดื่มประมาณ 10 ปี</p> <p><b>ประวัติการแพ้ยา:</b> ปฏิเสธ</p>	<p>15 ชั่วโมงก่อนมา แขน ขาเริ่มอ่อนแรง</p> <p>1 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ญาติพบผู้ป่วย นอนที่พื้น ชักเกร็งทั้งตัว นำส่งโรงพยาบาล</p> <p><b>ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต:</b> ปฏิเสธ</p> <p><b>ประวัติดื่มสุรา</b> ดื่มทุกวัน วันละ 1-2 ขวด เหล้าขาว ดื่มประมาณ 15 ปี</p> <p><b>ประวัติการแพ้ยา:</b> ปฏิเสธ</p>
<p><b>การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ</b></p> <p>ลักษณะทั่วไป: รูปร่างผอม สวมใส่เสื้อผ้าไม่สะอาด อ่อนเพลีย น้ำหนัก 45 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติ เมตร สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ 37.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท</p> <p>ระบบประสาท: รู้สึกตัว ทำตามคำสั่งได้ เส้นผ่านศูนย์กลางของรูม่านตา 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากัน ทั้ง 2 ข้าง E<sub>4</sub>V<sub>5</sub>M<sub>6</sub> ผิวหนัง: ผิวสีขาว ผิวแห้ง เล็บมือตัดสั้น ศีรษะและใบหน้า: ผมสีดำ ตัดสั้น ไม่มีบาดแผล คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ ตาทั้งสองข้าง ลักษณะสมมาตรกันดี หนึ่งตาไม่ตก การมองเห็นปกติ ไบฮู จมูก มีลักษณะภายนอกปกติ ทรวงอกและทางเดินหายใจ: ทรวงอก รูปร่าง ปกติลักษณะสมมาตรกันดี ลักษณะการหายใจไม่มีเหนื่อย หอบ ฟังได้ยินเสียง clear หัวใจและหลอดเลือด: การเต้นของหัวใจ สม่าเสมอ ไม่มีเสียง Murmur ชีพจร 90 ครั้ง/นาที จังหวะสม่ำเสมอ ไม่มีเส้นเลือดขดที่ขา ช่องท้องและทางเดินอาหาร: หน้าท้องแบน ราบ ไม่โป่งตึง ไม่มีอาการกดเจ็บ ทวารหนักไม่พบริดสีดวง กล้ามเนื้อและกระดูก: รูปร่างปกติ แขนขาไม่มีผิดปกติ Motor power grade 5</p>	<p><b>การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ</b></p> <p>ลักษณะทั่วไป: รูปร่างผอม สวมใส่เสื้อผ้าไม่สะอาด อารมณ์หงุดหงิด กระวนกระวาย อ่อนเพลีย น้ำหนัก 63 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท ระบบประสาท: รู้สึกตัว ทำตามคำสั่งได้มีความร่วมมือน้อย มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง เส้นผ่านศูนย์กลางของรูม่านตา 2 มิลลิเมตร E<sub>4</sub>V<sub>5</sub>M<sub>6</sub> ผิวหนัง: ผิวสีดำ ผิวแห้ง เล็บมือตัดสั้น ศีรษะและใบหน้า: ผมสีดำ แขนขา ตัดสั้น ไม่มีบาดแผล คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ ตาทั้งสองข้าง ลักษณะสมมาตรกันดี หนึ่งตาไม่ตก การมองเห็นปกติ ไบฮู จมูก มีลักษณะภายนอกปกติ ทรวงอกและทางเดินหายใจ: ทรวงอกรูปร่างปกติ ลักษณะสมมาตร ไม่มีหายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อ นาที ฟังได้ยินเสียง clear หัวใจและหลอดเลือด: การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ไม่มีเสียง Murmur ชีพจร 80 ครั้ง/นาที จังหวะสม่ำเสมอ ไม่มีเส้นเลือดขด ช่องท้องและทางเดินอาหาร: หน้าท้องไม่โป่งตึง ไม่มีอาการกดเจ็บ ทวารหนักไม่พบริดสีดวง กล้ามเนื้อและกระดูก: รูปร่างปกติ แขนขาไม่มีผิดปกติ มือสั่นทั้งสองข้าง Motor power grade 3</p>

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<p><b>ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแรกรับ</b></p> <p>1. Complete Blood Count ผล White blood count 8,550 cells/ cell/mm<sup>3</sup> , Neutrophil 82%, Lymphocyte 7 % , Monocyte 9 % , Eosinophil 1%, Basophil 1%, Hematocrit 42 % , Platelet count 100,000 cell/mm<sup>3</sup> .</p> <p>2. Electrolyte ผล Na 132.6 mmol /L, K 3.45 mmol /L, Cl 88 mmol /L, CO<sub>2</sub> 21.3 mmol /L BUN 4.16 mg/dl, Creatinine 0.251 mg/dl</p> <p>3. Urine analysis clear , pH 7.5, WBC 2-3 cell/HPF , RBC 0-1 cell/HPF, bacteria 20-30</p>	<p><b>ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแรกรับ</b></p> <p>1. Complete Blood Count ผล White blood count 7,540 cells/ cell/mm<sup>3</sup> , Neutrophil 75 % , Lymphocyte 16 % , Monocyte 6 % , Eosinophil 2%, Basophil 1%, Hematocrit 35.7 % , Platelet count 99,000 cell/mm<sup>3</sup></p> <p>2. Electrolyte ผล Na 129.6 mmol /L, K 2.85 mmol /L, Cl 93 mmol /L, CO<sub>2</sub> 25.3 mmol /L BUN 4.73 mg/dl, Creatinine 0.9 mg/dl</p> <p>3. Urine analysis clear , pH 7.5, WBC 2-3 cell/HPF , RBC 0-1 cell/HPF, bacteria 20-30</p> <p>4. liver function test SGOT 81 U/L, SGPT 36 U/L , Alkaline phosphatase 99.3 U/L , Total bilirubin 1.58 mg/dl , Bilirubin direct 0.90 mg/dl</p>
<p><b>การประเมินความรุนแรงอาการถอนพิษสุรา</b> ด้วยเครื่องมือ AWS = 7</p>	<p><b>การประเมินความรุนแรงอาการถอนพิษสุรา</b> ด้วยเครื่องมือ AWS = 16</p>

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ระยะที่ 1 การพยาบาลระยะถอนพิษสุรา มีรายละเอียดดังนี้  
ข้อวินิจฉัยที่ 1 ไม่สุขสบาย เนื่องจากมีอาการขาดสุรา Alcohol withdrawal

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p> <p>1. มีประวัติการดื่มสุราเป็นประจำ วันละ 1-2 แก้ว</p> <p>2. หยุดดื่มทันที เป็นเวลา 1 สัปดาห์</p> <p>3. เคยมีประวัติหยุดดื่มสุราและเกิดอาการขาดสุรา</p> <p>4. อาการมือสั่น คลื่นไส้ หงุดหงิด</p> <p>5. 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ญาติพบผู้ป่วยชักเกร็ง</p>	<p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p> <p>1. มีประวัติการดื่มสุราเป็นประจำ วันละ 2-4 ขวด</p> <p>2. หยุดดื่มทันที เป็นเวลา 1 วัน</p> <p>3. เคยมีประวัติหยุดดื่มสุราและเกิดอาการขาดสุรา</p> <p>4. อาการมือสั่น เหงื่อออก กระวนกระวาย</p> <p>5. 1 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ญาติพบผู้ป่วยนอนที่พื้น ชักเกร็งทั้งตัว</p>
<p><b>เป้าหมายการพยาบาล</b></p> <p>- ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากอาการขาดสุรา</p>	<p><b>เป้าหมายการพยาบาล</b></p> <p>- ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากอาการขาดสุรา</p>

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ประเมินอาการขาดสุราเพื่อติดตามระดับอาการขาดสุรา (AWS) ต่อเนื่องครบ 3 วัน</li> <li>วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง</li> <li>ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์</li> <li>สังเกตอาการไม่พึงประสงค์ ของยาที่ก่ระบบประสาทส่วนกลาง ง่วงนอนมาก หายใจช้า การทรงตัวไม่ดี เดินเซ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ถ้าพบอาการ รายงานแพทย์เพื่อปรับขนาดยา</li> <li>ดูแลความสะอาดสุขวิทยาส่วนบุคคล</li> <li>จัดให้นอนพักที่จุด Psychiatric corner โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ แสงสว่างเพียงพอ อากาศ เย็นสบาย ลดการกระตุ้นตกใจหรือหวาดกลัว</li> <li>ดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง</li> <li>จำกัดเวลาและจำนวนผู้เยี่ยม เพื่อบรรเทาและรักษาอาการตื่นกลัว</li> <li>ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ</li> <li>ก่อนกลับบ้านให้คำแนะนำแบบสั้น Brief advice (BA) (อังกฤษ ภัทรกรและคณะ, 2558) แก่ผู้ป่วยและญาติอาการขาดสุราขั้นรุนแรง(very severe withdrawal) แนวทางการดูแลอาการที่พบในผู้ป่วย</li> </ol> <p><b>การประเมินผล</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะชัก ไม่มีอาการขาดสุรา</li> <li>ผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะขาดสุราอย่างต่อเนื่องช่วง very severe withdrawal ค่า AWS =18 คะแนน</li> <li>ผู้ป่วยพักผ่อนได้</li> </ol>	<p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ขออนุญาตจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยในกรณีผู้ป่วยมีอาการทางจิตหรือมีพฤติกรรมก้าวร้าว</li> <li>ประเมินอาการขาดสุราเพื่อติดตามระดับอาการขาดสุรา (AWS) ต่อเนื่องครบ 3 วัน</li> <li>วัดสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง</li> <li>ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินอาการก่อนและหลังการให้ยา ฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ เช่น ง่วงนอนมาก หายใจช้า การทรงตัวไม่ดี เดินเซ กล้ามเนื้ออ่อนแรง หากพบอาการรีบรายงานแพทย์</li> <li>ดูแลความสะอาดความสุสสบาย</li> <li>จัดให้นอนพักที่จุด Psychiatric corner เพื่อลดการกระตุ้นผู้ป่วยรู้สึกตกใจหรือหวาดกลัว โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบมีแสงสว่างเพียงพอและอากาศเย็นสบาย</li> <li>ดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง</li> <li>ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ</li> <li>ก่อนกลับบ้านให้คำแนะนำแบบสั้น Brief advice (BA) (อังกฤษ ภัทรกรและคณะ , 2558) แก่ผู้ป่วยและญาติอาการขาดสุราขั้นรุนแรง (very severe withdrawal) แนวทางการดูแล/การจัดการอาการที่พบในผู้ป่วย</li> </ol> <p><b>การประเมินผล</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะชัก ไม่มีอาการขาดสุรา</li> <li>ผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะขาดสุราอย่างต่อเนื่องช่วง very severe withdrawal ค่า AWS =18 คะแนน</li> <li>ผู้ป่วยพักผ่อนได้</li> </ol>

**ข้อวินิจฉัยที่ 2** เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา Diazepam ชนิดฉีด

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>หงุดหงิด นอนหลับลำบาก</li> <li>Diazepam 10 mg iv for agitate 1 does</li> </ol>	<p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>มีอาการสับสน กระวนกระวายไม่นิ่ง เคลื่อนไหวร่างกายอยู่ตลอดเวลา มีมือสั่น เหงื่อออกมาก</li> <li>Diazepam 10 mg iv for agitate 3 does</li> </ol>

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<b>เป้าหมายการพยาบาล</b> - ไม่มีอาการไม่พึงประสงค์จากยา Diazepam ชนิดฉีด	
<b>กิจกรรมการพยาบาล</b>	
<p>1. ดูแล และเฝ้าระวัง การให้ยา Diazepam ชนิดฉีดเป็นการให้ยาตามความรุนแรงของอาการขาดสุรา ดังนี้</p> <p>1.1 การฉีดยา Diazepam 10mg เข้าหลอดเลือดดำต้องฉีดช้าๆ หลีกเลี่ยงการฉีดเข้าหลอดเลือดแดง หรือ การทำให้เส้นเลือดแตกภายหลังการฉีด</p> <p>1.2 การฉีด Diazepam 10 mg เข้า เส้นเลือดดำ ควรตรวจดูอาการอักเสบของหลอดเลือดว่ามีปวดแดง หรือมี ลักษณะไหม้บริเวณฉีดยาหรือไม่</p> <p>1.3 พยาบาลประเมินอาการที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนทางยา ได้แก่ อาการง่วงนอน และสังเกตการหายใจ เนื่องจากยามีฤทธิ์กดการหายใจ อาจทำให้ผู้ป่วยหยุดหายใจได้ และวัดสัญญาณชีพทุกครั้งหลังให้ยา โดยเฉพาะการหายใจและ ความดันโลหิตโดยวัดทุก 30 นาที นาที หลัง ให้ยาฉีด จำนวน 4 ครั้ง หลังจากนั้นวัดทุก 1 ชั่วโมง จำนวน 3 ครั้ง จากนั้นวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงจนกว่าอาการคงที่</p> <p>1.4 เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการตื่นเต้น กระวนกระวาย หรือ วิตกกังวลมาก ให้ยาแล้ว อาการไม่สงบ ควรประเมินถึงสาเหตุของอาการที่เกิดขึ้นอีกครั้ง จัดทำนอนที่เหมาะสม จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อเป็นการลดสิ่งกระตุ้น ที่อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการสับสนมากขึ้น ได้แก่ ที่สว่างมากเกินไป เสียงดังมีคนเดินไปมาพลุกพล่าน เป็นต้น</p> <p>1.5 ติดตามผลของยาหากผู้ป่วยมีอาการซึมหรือง่วงนอนมาก การทรงตัวไม่ดี ให้รายงานแพทย์ทราบอาการ ดูแล ระวังอุบัติเหตุ</p> <p>1.6 การใช้ยา Diazepam ในขนาดสูงควรระมัดระวังเรื่องการติดยาตั้งนั้นจำเป็นต้องให้ยาตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัดรวมถึงสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง</p> <p>2. รายงานแพทย์ในกรณีต่อไปนี้</p> <p>2.1 ให้ยา Diazepam prn ซ้ำ 3 dose ติดต่อกันแล้วอาการของผู้ป่วยยังไม่สงบ</p> <p>2.2 ได้ Diazepam ถึง 80 mg ภายใน 8 ชั่วโมง</p> <p>2.3 ผู้ป่วยมีอาการ ดังนี้ ปลุกไม่ตื่น หรืออัตราการหายใจน้อยกว่า 14 ครั้งต่อนาที</p> <p>2.4 ตรวจพบ Neurological signs ผิดปกติ หรือเปลี่ยนแปลง เช่น Weakness, Sign of increase intracranial pressure ( อาเจียนมาก, Increased BP, Bradycardia)</p>	
<b>การประเมินผล</b> ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากได้ รับยา Diazepam ชนิดฉีด ได้รับทั้งหมด 10 mg การหายใจ 22 ครั้งต่อนาที	<b>การประเมินผล</b> ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากได้รับยา Diazepam ชนิดฉีด ได้รับทั้งหมด 30 mg การหายใจ 20 ครั้งต่อนาที



**ข้อวินิจฉัยที่ 3** ขาดสารอาหาร น้ำ และอิเล็กโทรไลต์ มีภาวะโปแตสเซียมต่ำ Hypokalemia เนื่องจากการรับประทานอาหารลดลงและภาวะติดเชื้อเรื้อรัง

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<b>ข้อมูลสนับสนุน</b> 1. รับประทานอาหารได้น้อย ประมาณ 1 สัปดาห์ 2. เหนื่อยอ่อนเพลีย 3. ผลการตรวจเลือด K = 3.45 mEq/L 4. มีประวัติได้รับการวินิจฉัย F1025 ปี 2562	<b>ข้อมูลสนับสนุน</b> 1. รับประทานอาหารได้น้อย ประมาณ 1-2 สัปดาห์ 2. เหนื่อยอ่อนเพลีย มีอาการแขนขาอ่อนแรง อาการสับสน กระวนกระวาย เคลื่อนไหวร่างกายอยู่ตลอดเวลา มีกลิ่นเหม็นออกมาก 3. ผลการตรวจเลือด K = 2.85 mEq/L 4. มีประวัติได้รับการวินิจฉัย F1021 ปี 2560

#### เป้าหมายการพยาบาล

- ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะขาดสารอาหาร น้ำ และElectrolyte

#### กิจกรรมการพยาบาล

- ประเมินอาการอ่อนเพลียแขนขาอ่อนแรงโดยเฉพาะต้นขาและต้นแขน จากการขาดโพแทสเซียม (ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย แขนขา อ่อนแรงโดยเฉพาะส่วนต้นขา และต้นแขน (Proximal muscle weakness) ถ้าให้ผู้ป่วยนอนแล้วให้ยก ท่อนขาขึ้นจะยกไม่ได้แต่สามารถงอขาเข้ามาได้ (เพราะว่าต้นขาอ่อนแรง) หรือ ให้ยกแขนขึ้นจะยกไม่ได้แต่จะขยับแขนเข้ามาแนบลำตัว ยกข้อศอกขึ้นได้ (เพราะว่า ต้นแขนไม่มีแรง) โดยที่ผู้ป่วยไม่มีอาการชา บางครั้งจะพบคลื่นหัวใจผิดปกติ หรือถ้าเป็นรุนแรง จะทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะไปจนถึง หยุดเต้นได้
- ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง
- ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ประเมินอาการก่อนและหลังการให้ยา Potassium chloride
- เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ ที่เกิดจากยา Potassium chloride (KCL)
  - ระบบหลอดเลือดและหัวใจ: Arrhythmia, Cardiac arrest, Hypotension
  - ระบบกล้ามเนื้อ ปวดบริเวณที่ฉีด กล้ามเนื้ออ่อนแรง ทำลายเนื้อเยื่อบริเวณข้างเคียงได้ ถ้าหากยาไหลออกจากหลอดเลือดดำ (Extravasation)
    - ระบบทางเดินอาหาร ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด
    - ระบบประสาทส่วนกลาง กดรระบบประสาทส่วนกลางมาก (Mental confusion ) เช่น ง่วงนอนมากหายใจช้า
- ประเมินภาวะขาดน้ำ ประเมินความชุ่มชื้นของริมฝีปากและผิวหนัง ความเข้มข้นของปัสสาวะ
- ถ้ามีภาวะขาดน้ำ ดูแลให้ได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอทั้งทางปากและทางหลอดเลือดดำ
- ติดตาม ประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Electrolyte โดยเฉพาะระดับ Potassium ในกระแสเลือด
- สังเกตภาวะ Potassium ต่ำกว่า 2.5 mEq/L อยู่ในภาวะอันตรายทำให้เสียชีวิต
- บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกในแต่ละเวร
- ประสานโภชนาการ เพื่อจัดหาอาหาร เพิ่ม Potassium เช่น กล้วย ให้ผู้ป่วยรับประทาน
- พยาบาลให้คำแนะนำแบบสั้น Brief advice (BA) แก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องอาการ Hypokalemia พร้อมแนวทางการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<b>การประเมินผล</b> - ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดอุบัติเหตุ - Potassium หลังให้การรักษ = 3.72 mmol/L	<b>การประเมินผล</b> - ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดอุบัติเหตุ - Potassium หลังการรักษ = 3.57 mmol/L

**ข้อวินิจฉัยที่ 4** เสี่ยงต่อการเกิดภาวะชักซ้ำ เนื่องจากภาวะขาดสารรุนแรง

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<b>ข้อมูลสนับสนุน</b> 1. ผู้ป่วยมีอาการ มึนงง สับสน 2. ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรเองได้ 3. มีประวัติรับการรักษาโรค Epilepsy 4. AWS 7 คะแนน	<b>ข้อมูลสนับสนุน</b> 1. ผู้ป่วยมีอาการ มึนงง บางครั้ง 2. ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรเองได้ 3. AWS 16 คะแนน
<b>เป้าหมายการพยาบาล</b> - ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการชัก	
<b>กิจกรรมการพยาบาล</b> 1. ชักประวัติแบบแผนการตีตรา ประวัติการเกิดอาการขาดสาร และอาการชักเกร็งหลังหยุดตีตรา 2. ประเมินอาการขาดสารตามระดับอาการขาดสารAWS (เอกอูมา อัมคา , 2560) 3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนเพียงพอ 4. จัดสิ่งแวดล้อมไม่ให้มีเสียงดังอีกที เพื่อลดสิ่งกระตุ้นให้เกิดการชัก 5. ตรวจวัดสัญญาณชีพ 4 ชั่วโมง 6. พยาบาลให้คำแนะนำแบบสั้น BA (Brife Advice) อธิบายให้ญาติและผู้ป่วยสังเกตเฝ้าระวังสัญญาณเตือนก่อนชัก ได้แก่ เวียนศีรษะ จุกแน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน หน้าซีด หน้าแดง เหงื่อแตก ขนลุก มีความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น รู้สึกกลัว ใจสั่น 7. แนะนำญาติหากพบผู้ป่วยชัก ให้จัดทำผู้ป่วยนอนตะแคงพร้อมเรียกพยาบาลทันที 8. ยกไม้กั้นเตียง ป้องกันอุบัติเหตุ 9. ให้อาตามแผนการรักษาของแพทย์	<b>กิจกรรมการพยาบาล</b> 1. ขออนุญาตจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยในกรณีผู้ป่วยมีอาการทางจิตหรือมีพฤติกรรมก้าวร้าวเพื่อป้องกันอุบัติเหตุให้ผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่ 2. ชักประวัติแบบแผนการตีตรา ประวัติการเกิดอาการขาดสาร และอาการชักเกร็งหลังหยุดตีตรา 3. ประเมินอาการขาดสารตามระดับอาการขาดสารAWS (เอกอูมา อัมคา , 2560) 4. พยาบาลให้คำแนะนำแบบสั้น BA (Brife Advice) อธิบายให้ญาติและผู้ป่วยสังเกตเฝ้าระวังสัญญาณเตือนก่อนชัก ได้แก่ เวียนศีรษะ จุกแน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน หน้าซีด หน้าแดง เหงื่อแตก ขนลุก มีความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น รู้สึกกลัว ใจสั่น 5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนเพียงพอ 6. จัดสิ่งแวดล้อมไม่ให้มีเสียงดังอีกที 6. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 2- 4 ชั่วโมง 7. แนะนำญาติหากพบผู้ป่วยชัก ให้จัดทำผู้ป่วยนอนตะแคงพร้อมเรียกพยาบาลทันที 8. ให้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<b>การประเมินผล</b> - ผู้ป่วย ไม่มีอาการชักเกร็ง ไม่เกิดอุบัติเหตุ - ผลการประเมินAWS = 4 คะแนน	<b>การประเมินผล</b> - ผู้ป่วย ไม่มีอาการชักเกร็ง ไม่เกิดอุบัติเหตุ - ผลการประเมินAWS = 7 คะแนน

**ข้อวินิจฉัยที่ 5** เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย(ผูกมัด)

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<b>ข้อมูลสนับสนุน</b> 1.มีอาการชักเกร็ง ทั้งตัว หลังหยุดตี๋มสุรา 1สัปดาห์ 2. AWS 7 คะแนน 3.หลังชักเกร็ง ผู้ป่วยมีอาการสงบ	<b>ข้อมูลสนับสนุน</b> 1.มีอาการชักเกร็ง ทั้งตัว หลังหยุดตี๋มสุรา 8 วัน 2. AWS 16 คะแนน 3. หลังชักเกร็ง เอะอะโวยวาย หวาดระแวงกลัว

**เป้าหมายการพยาบาล**

- ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

**กิจกรรมการพยาบาล**

- 1.พิจารณาผูกมัด (Physical restraints) ผู้ป่วย หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตัวเองได้โดยใช้อุปกรณ์ Body Restraints ผูกยึด แขนให้แนบกับลำตัวและผ้าที่ใช้ผูกยึดมีการบุฟองน้ำเนื้อผ้าอ่อนนุ่มเพื่อป้องกันการระคายเคืองผิวหนังขณะผู้ป่วยเคลื่อนไหว และในขณะที่การผูกยึดต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างมาก
2. ใช้มือสองนิ้ว สอดเข้าบริเวณที่ผูกมัดได้และเปลี่ยนท่าผู้ป่วย ทุก 2 ชั่วโมง
3. พยาบาลให้คำแนะนำแบบสั้นBrief advice (BA) ก่อนมีการผูกยึดต้องบอกผู้ป่วยและแจ้งญาติทุกครั้งให้ญาติทราบถึงเหตุผลของการผูกยึดและการดำเนินของโรค (พัชรินทร์ อติสรณกุล. 2563)
4. ตรวจสอบอาการสังเกตสีผิวหนัง เพื่อป้องกันการระคายเคืองหรือบาดเจ็บ
5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้ปัสสาวะหรืออุจจาระตามที่ผู้ป่วยต้องการหรืออย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง
6. คลายผ้า Body Restraints ผูกยึดเมื่อผู้ป่วยอาการสงบลง
7. ให้อาตามแผนการรักษาของแพทย์ประเมินอาการก่อนและหลังการให้ยา

**การประเมินผล**

- ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัด ไม่มีแผลถลอกที่บริเวณผูกมัด

**ข้อวินิจฉัยที่ 6** ผู้ป่วยมีภาวะตับบพร่องจากการดื่มสุราเป็นเวลานาน

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b> ไม่มีอาการ</p>	<p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b> ผู้ป่วยมีอาการ อ่อนเพลีย ตัว ตาเหลือง มีผลการตรวจ liver function test SGOT 81 U/L, SGPT 36 U/L , Alkaline phosphatase 99.3 U/L , Total bilirubin 1.58 mg/dl , Bilirubin direct 0.90 mg/dl</p>
<p><b>เป้าหมายการพยาบาล</b> - ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะตับบพร่อง</p>	
<p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินอาการคลื่นไส้ เบื่ออาหาร แน่นอึดอัดท้อง หรืออาการคัน ตามผิวหนัง</li> <li>2. จัดสิ่งแวดล้อมที่สงบ ลดเสียงรบกวน</li> <li>3. ให้ผู้ป่วยพักผ่อนเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง</li> <li>3. ประสานกับโภชนาการ จัดอาหารที่มีพลังงานสูง ไขมันต่ำ และดูแล ให้ผู้ป่วยรับประทานครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้ง</li> <li>4. ให้สารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์</li> <li>5. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงการดำเนินของโรค สะท้อนกลับข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา ( เอกอุมา อัมคา , 2560)</li> <li>6. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง</li> <li>7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การทำงานของตับ (SGOT SGPT Alkaline phosphatase)</li> </ol>	
<p><b>การประเมินผล</b> - ผู้ป่วยสมัครใจเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูหยุดดื่มสุรา</p>	

**ข้อวินิจฉัยที่ 7** เสี่ยงต่อการดื่มสุราซ้ำเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับผลกระทบของการดื่มสุรา

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b> - ผู้ป่วยแสดงถึงความรู้ ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง เกี่ยวกับการดื่มสุรา เช่น เมื่อกลับบ้านแล้ว จะยังคงดื่มสุราแต่ลดปริมาณลง ดื่มเพื่อ คลายเครียด ดื่มเฉพาะ เวลาที่มีปัญหา เป็น ธรรมดาที่พบปะ สังสรรค์ต้องมีสุราดื่ม ดื่มสุราแล้ว ทำให้ ผ่อนคลายนอนหลับได้</p>	<p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b> - ผู้ป่วยบอกว่า "ไม่ต้องการหยุดดื่มสุรา เลิกไม่ได้หรอก เคยหยุดหลายครั้งแล้ว ก็กลับมาดื่มอีกเหมือนเดิม"</p>

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<b>เป้าหมายการพยาบาล</b> - ผู้ป่วยเกิดความรู้ ความเข้าใจ และปรับเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับการหยุดดื่มสุรา	
<b>กิจกรรมการพยาบาล</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1.แนะนำการเลิกสุราที่ถูกต้องให้ผู้ป่วย Motivational Interviewing เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู โดยการ สะท้อนให้ผู้ผู้ป่วยคิดว่าหากเกิดปัญหาเมื่อใช้สุราเป็นทางออกสุรา อาจช่วยเพียงให้เกิดความเมาแล้วลืมปัญหาชั่วคราว แต่ปัญหาที่ เกิดขึ้นจะหายหรือลดลงไปจริงหรือไม่ ให้ข้อมูลสะท้อนกลับข้อดีข้อเสียการเลิกสุรา</li><li>2. สร้างพลังการดูแลตนเองเพื่อการเลิกสุรา (เอกอุมา อัมมา,2560) ให้สำเร็จต้องตั้งใจ เลิกโดยเด็ดขาด เมื่อผู้ป่วยมีประวัติการดื่มสุราที่ยาวนานจนเกิด ภาวะติดสุรา เมื่อหยุดดื่มได้แล้ว และหวนกลับไปดื่มอีก สุราจะ กระตุ้นสมองส่วนอยากทำให้เกิดการดื่มแบบติดลมและไม่สามาร ควบคุมปริมาณการดื่มได้จะทำให้ติดสุราซ้ำโดยง่าย</li><li>3.แนะนำความรู้แบบสั้น Brife Advice เทคนิควิธีแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สุราเป็นทางออก<ol style="list-style-type: none"><li>(1) การหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นที่นำไปสู่การดื่มสุรา เช่น การไปงาน สังสรรค์ที่มีสุราก็ควรต้องวางแผนก่อนไปว่าหากเพื่อนชวนจะปฏิเสธ อย่างไรให้สำเร็จหรือมีญาติไปด้วยเพื่อคอยดูแลไม่ให้กลับไปดื่ม</li><li>(2) ควรหากิจกรรมทำไม่ให้ว่างงานเพราะการว่างงานจะทำให้นึกถึงสุรา และมีโอกาสหันกลับไปดื่มอีก</li><li>(3) เมื่อถึงมืออาหารควรรับประทานอาหารให้อิ่มเพื่อช่วยป้องกันการเกิด อากาศอยากดื่มสุรา</li><li>(4) อธิบายให้ผู้ผู้ป่วยคิดถึงผลกระทบที่เกิดจากการติดสุราที่เกิดกับผู้ป่วย และครอบครัว และสร้างแรงจูงใจให้ผู้ผู้ป่วยมีเป้าหมายในการหยุดดื่มสุราและการดำเนินชีวิตพร้อมหนทางที่จะไปสู่เป้าหมาย</li></ol></li><li>4.ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการหยุดดื่มสุราและเทคนิคที่ ผู้ป่วยจะนำไปใช้เพื่อหลีกเลี่ยงการดื่มสุราได้สำเร็จ (เอกอุมา อัมมา, 2560)</li></ol>	
<b>การประเมินผล</b> - ผู้ป่วยสนใจเข้ารับการรักษาฟื้นฟูหยุดดื่มสุรา	

### ผลการศึกษา ระยะที่ 1 การพยาบาลระยะถอนพิษสุรา

ผู้ป่วย 2 กรณี มีอาการถอนพิษสุรา เนื่องจากการหยุดดื่มสุรากะทันหัน ทำให้เกิดอาการชักเกร็ง เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาไม่มีอาการถอนพิษสุราและไม่มีภาวะแทรกซ้อน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน

กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญในระยนี้ คือ การประเมินผู้ติดสุราเมื่อแรกรับ พยาบาลต้องมีการประเมินผู้ติดสุราอย่างครอบคลุมเพื่อการวางแผนการดูแลรักษา การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้นจากการถอนพิษสุรา ได้แก่

1. การชักประวัติ ให้ครอบครัวรายละเอียดดังนี้ ชนิดของสุราและสารเสพติดอื่นๆ ที่ผู้ติดสุราใช้ ความถี่ของการใช้ ปริมาณเฉลี่ยที่ดื่มต่อวัน ระยะเวลาของการดื่ม เวลาและปริมาณสุราที่ดื่มครั้งสุดท้าย ประวัติของการเกิดอาการขาดสุรา และประวัติการชัก ประวัติอื่น ๆ ที่ควรซักประวัติร่วมด้วย ได้แก่ ประวัติการบำบัด รักษาสุรา ประวัติการเจ็บป่วยอื่นทั้งทางกายและจิตเวช ประวัติการได้รับอุบัติเหตุ ประวัติการแพ้ยา (จินตวีร์พร แป้นแก้ว, 2559)

2. การตรวจร่างกาย ประเมินความผิดปกติของร่างกายหรือโรคแทรกซ้อนทางกาย โดยการตรวจสภาพร่างกายทั่วไป ฟัง คลำ เคาะ ตรวจสัญญาณชีพ Glasgow coma score ระดับความรู้สึกตัว สังเกตความผิดปกติ

ของร่างกาย เช่น ตัวเหลือง ตาเหลือง ท้องบวม ท้องมาน มีบาดแผล การผ่าตัด ความผิดปกติของผิวหนัง มีรอยช้ำ รอยจ้ำเลือด เลือดออกตามไรฟัน ความผิดปกติของการเคลื่อนไหว การทรงตัว ความอ่อนแรงของแขนขา เป็นต้น

3. ประเมินอาการขาดสุรา จากการศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุรา (พัชรินทร์ อติสรณกุล. 2563) พบว่า ในประเทศไทยมีการใช้แบบประเมินอาการขาดสุราอยู่ 2 ชนิด คือ CIWA-Ar และ AWS

4. การประเมินทางห้องปฏิบัติการ

4.1 ตรวจเลือด การทำงานของตับ (Liver Function Test) การทำงานของไต ระดับเกลือแร่ ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด การวัดความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count) เพื่อประเมินอาการเจ็บป่วย ด้านร่างกายและเป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้การรักษารั้งต่อไป

4.2 ตรวจปัสสาวะเพื่อดูการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ประเมินการทำงานของไตเบื้องต้น และตรวจหาสารเสพติดบางตัว ซึ่งสามารถบอกได้ทั้งชนิดของสารและปริมาณสารที่ขับออกมาได้

4.3 ตรวจเอกซเรย์ปอด เพื่อตรวจหาความผิดปกติของปอด

5. ประเมินสภาพจิต อาการทางจิตเป็นอาการหนึ่งของภาวะเมาสุรา อาการขาดสุรา หรือเป็นอาการที่เกิดจากภาวะโรคจิตร่วมด้วย พบบ่อยในกลุ่มที่มีปัญหาเรื้อรัง กลับดื่มซ้ำบ่อย ดังนั้นในผู้ป่วยที่มาด้วยปัญหาการดื่มสุราทุกรายควรได้รับการประเมินสภาพจิตร่วมด้วย ดังนี้

5.1 การเสพยาเสพติดอื่นร่วม เช่น ยาบ้า กัญชา สารระเหย เป็นต้น

5.2 ความสัมพันธ์ของโรคจิตกับการดื่มสุรา ได้แก่ การเกิดโรคทางจิตเวช ภายหลังจากการดื่ม สุราเป็นเวลานาน หรือมีภาวะทางจิตเวชก่อนการดื่มสุรา

5.3 ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยประเมินสาเหตุซึ่งจะนำมาสู่การฆ่าตัวตายเพื่อหาแนวทางการช่วยเหลือ

5.4 ประเมินภาวะซึมเศร้า

5.5 ประเมินความเครียดและความรู้สึกสูญเสีย

5.6 ประเมินระดับอาการทางจิตได้แก่ หงุดหงิด ก้าวร้าว ทำร้ายของ ทำร้ายคนอื่น หูแว่ว ภาพหลอน ซึมเศร้า คิดจะทำร้ายตนเอง ระแวงกลัวคนจะมาทำร้าย สับสน หลงลืม เป็นต้น

6. การประเมินโรคทางกายที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา แบ่งเป็น

6.1 ภาวะแทรกซ้อนทางกาย ได้แก่ ภาวะขาดน้ำในร่างกาย ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง (Subdural Hematoma) ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น (Gastrointestinal Haemorrhage)

6.2 ภาวะแทรกซ้อนในระยะขาดสุรา ได้แก่ ภาวะขาดน้ำในร่างกาย ภาวะขาดสารอาหาร เลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง Grandmal Seizure, Aspirate Pneumonia, Electrolyte Imbalance

6.3 ภาวะโรคร่วมทางกาย Alcoholic Hepatitis, Liver Cirrhosis, Electrolyte Imbalance, Hypokalemia, Wernicke's Encephalopathy, Korsakoff's syndrome

7. การประเมินทางด้านสังคม เช่น สัมพันธภาพในครอบครัว ความรุนแรงในครอบครัว การหย่าร้าง การมีปัญหาในที่ทำงานหรือตงงาน ภาวะเศรษฐกิจ การประกอบอาชีพและแหล่งสนับสนุนทางสังคม

8. การประเมินด้านจิตวิญญาณ เกี่ยวกับทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม สิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต

## ระยะที่ 2 การพยาบาลระยะบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ

การดูแลที่สำคัญในระยะนี้ คือ การบำบัดฟื้นฟูทางจิตสังคม เป็นขั้นตอนที่ช่วยปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยในการลด ละ เลิกสุรา ป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ การบำบัดฟื้นฟูช่วยให้ผู้ป่วยเลือกวิธีการที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกสุรา มีแนวทางและพฤติกรรมที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับสุรา (Health Literacy) เพื่อให้ผู้ติดสุรามีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ผลกระทบ ทศนคติ เกี่ยวกับโรคติดสุรา ความเชื่อแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วย
2. การเสริมสร้างทักษะชีวิตในการดำเนินชีวิตผู้ติดสุราร่วมกับผู้อื่น เป็นการสร้างทักษะในการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคม และสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาบำบัดต่อเนื่องและให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ
3. การพยาบาลตามหลัก D-METHOD เพื่อเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคติดสุรา
4. บำบัดฟื้นฟูตามโปรแกรมคลินิกอดสุราสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 4 ครั้ง ระยะเวลาการบำบัดครั้งละ 45 - 60 นาที ดังนี้

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<b>ครั้งที่ 1</b> ให้ความรู้ข้อดี/ข้อเสียการดื่มสุรา	
- ประเมินแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา Stage of change อยู่ในขั้นที่ 2 ผู้ป่วย บอกว่า "ลังเลใจไม่แน่ใจว่าตนเองจะเลิกได้หรือไม่ กลัวไม่มีเพื่อน" - หยุดดื่มสุราได้ 1 สัปดาห์ มีอาการหงุดหงิดง่าย นอนหลับลำบาก	- ประเมินแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา Stage of change อยู่ในขั้นที่ 3 ผู้ป่วยเตรียมพร้อมที่จะเลิก ผู้ป่วยบอกว่า "กลัวว่าตนเองจะป่วยเป็นผู้ป่วยจิตเวช " - หยุดดื่มสุราได้ 1 สัปดาห์ มีอาการมือสั่นเล็กน้อย หงุดหงิด ปวดกล้ามเนื้อ
<b>ครั้งที่ 2</b> ตัวกระตุ้นและการหลีกเลี่ยง	
-หยุดดื่มสุราต่อเนื่องได้ 2 สัปดาห์ อาการทั่วไปดีขึ้น ในบางครั้งความคิดยังนึกถึงการดื่มสุรา เหงา อาศัยอยู่เพียงลำพัง	-หยุดดื่มสุราต่อเนื่องได้ 2 สัปดาห์ อาการทั่วไปดีขึ้น ช่วยเลี้ยงหลาน ไปเที่ยวกับเพื่อนถูกชักชวนให้ดื่มสุรา
<b>ครั้งที่ 3</b> ทักษะการเผชิญปัญหา (Coping Skill)	
-หยุดดื่มสุราต่อเนื่องได้ 3 สัปดาห์ ว่างงาน เครียด เนื่องจากมารดาให้พ่อก่อนยังไม่ให้ไปค้าขาย รู้สึกเบื่อเหงา และถูกห้ามไม่ให้ไปหาเพื่อนกลุ่มที่ดื่มสุรา	-หยุดดื่มสุราต่อเนื่องได้ 3 สัปดาห์ 1สัปดาห์ก่อนมาเครียดเรื่องบุตรชายนำที่ดินไปจำหน่ายขาดส่งดอกเบี้ย1เดือนกลัวถูกยึดที่ดิน
<b>ครั้งที่ 4</b> การป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ (Relapse Prevention)	
- หยุดดื่มสุราต่อเนื่องได้ 4 สัปดาห์ อาการทั่วไปดีขึ้น - เลี้ยงหลานช่วยมารดา - ออกกำลังกายปั่นจักรยาน - ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q -Positive, 9Q – 6 คะแนน ไม่เป็นโรคซึมเศร้า - นัดหมายการลงติดตามเยี่ยมในชุมชน	- มาหลังนัด 1 สัปดาห์ถูกสุนัขกัดมีแผลลอกที่หลังมือ หยุดดื่มสุราต่อเนื่องได้ 5 สัปดาห์ บุตรสาวมาเยี่ยมให้กำลังใจนำอาหารมาส่งให้ทุกวันและช่วยชำระเงินค่าดอกเบี้ยแทนพี่ชาย - ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q negative - นัดหมายการลงติดตามเยี่ยมในชุมชน



### ระยะที่ 3 การพยาบาลระยะการติดตามหลังการรักษา

เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีสภาพร่างกาย จิตใจ และกระบวนการรู้คิดดีขึ้นมีความต้องการการพยาบาลในระดับน้อย (minimal care) พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง เพื่อเตรียมพร้อมผู้ป่วยกลับเข้าสู่สังคม ใช้ชีวิตกับครอบครัวในชุมชน เน้นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเลิกดื่มสุราอย่างถาวรหรือควบคุมการดื่มให้น้อยลง และเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือทางสังคมได้กระบวนการติดตามผู้ติดสุราที่ผ่านการบำบัดฟื้นฟูต่อเนื่องในชุมชน ดังนี้

1. หลังสิ้นสุดการบำบัดฟื้นฟูอดสุราแล้วแจ้งแนวทางการดูแลต่อเนื่องในชุมชนให้แก่ผู้ติดสุราและญาติ
2. ส่งต่อข้อมูลให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่และประสานภาคีเครือข่ายในชุมชนเพื่อรับ ทราบ ข้อมูลการบำบัดสุราและแนวทางการมีส่วนร่วมติดตามดูแลช่วยเหลือในชุมชน
3. ประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อลงพื้นที่ติดตามเยี่ยมในชุมชน
4. ใช้กระบวนการกลุ่ม supportive ในการดำเนินการติดตามเยี่ยมผู้ติดในชุมชน (รัตนา สายพานิชย์ และชัชวาลย์ ศิลปกิจ, 2558) กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย ผู้ป่วย ครอบครัว เพื่อนบ้านใกล้เคียง อสม. และผู้นำชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์

- 4.1 สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่ ผู้ติดสุรา ครอบครัว และชุมชน
- 4.2 เพื่อให้ชุมชนมีทักษะการให้การปรึกษา การจัดการภาวะวิกฤติเมื่อผู้ติดสุรามีอาการถอนพิษสุรา
- 4.3 พื้นฟูทักษะเกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ติดสุรา
- 4.4 การบริการสนับสนุนประคับประคอง (support services) ประกอบด้วย การสร้างโอกาสในการทำงาน การเข้ารับบริการสุขภาพ และการจัดการด้านการเงิน

5. กำหนดบทบาท หน้าที่ของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการดูแลช่วยเหลือผู้ติดสุราในชุมชน การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชน โดยมีเครื่องมือที่ใช้ในการให้ความรู้แก่ผู้ติดสุราและญาติ คือ โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ของहरรรษา เศรษฐบุปผา และคณะ (2555) ประกอบด้วย คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดสุรา และคู่มือการดูแลตนเองสำหรับญาติ โดยมีระยะการติดตามเยี่ยม 5 ครั้ง ดังนี้

- ครั้งที่ 1 ติดตามเยี่ยมหลังการสิ้นสุดการบำบัดรักษา 2 สัปดาห์
- ครั้งที่ 2 ติดตามเยี่ยมหลังการสิ้นสุดการบำบัดรักษา 1 เดือน
- ครั้งที่ 3 ติดตามเยี่ยมหลังการสิ้นสุดการบำบัดรักษา 3 เดือน
- ครั้งที่ 4 ติดตามเยี่ยมหลังการสิ้นสุดการบำบัดรักษา 6 เดือน
- ครั้งที่ 5 ติดตามเยี่ยมหลังการสิ้นสุดการบำบัดรักษา 1 ปี

### ผลการศึกษา ระยะที่ 3 การพยาบาลระยะการติดตามหลังการรักษา

1. การติดตามประเมินผลพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราเมื่อผู้รับการบำบัดสุรากลับไปอยู่บ้าน ทำให้ผู้รับการบำบัดสุรา มีความรู้ สึกว่าตนเองมีคุณค่ามีคนสนใจให้ความหวังใจ ทำให้ชีวิตมีความหวัง หลังจากติดตามผู้รับการบำบัดสุรา หลังจากบำบัดแล้วกลับไปอยู่ในชุมชน พบว่า กรณีศึกษารายที่1 หลังบำบัดครบตามเกณฑ์ หยุดดื่มสุราได้นาน 1 ปี หลังจากนั้นกลับไปดื่มสุราซ้ำ แต่สามารถควบคุมการดื่มสุราได้ลดลงไม่ได้กลับมาได้รับการรักษาซ้ำในปี 2565 – ปัจจุบัน ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 หลังบำบัดครบตามเกณฑ์ หยุดดื่มสุราได้นาน 6 เดือนหลังจากนั้นกลับไปดื่มสุราซ้ำ และยังไม่ได้กลับมาได้รับการรักษาซ้ำในปี 2565 – ปัจจุบัน



2. มีแนวทางการส่งต่อผู้ติดสุราเพื่อให้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ติดสุราเพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกับชุมชนได้อย่างปกติสุข
3. มีเครือข่ายดูแลผู้ติดสุราในชุมชนในรูปแบบกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ โดยการจัดกิจกรรมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ติดสุราในชุมชน รวมทั้งมีการสนับสนุนกิจกรรมหมู่บ้านต้นแบบงานศพ-งานศพปลอดเหล้า ร่วมกับเทศบาลตำบลท่าอุเทน

### สรุปผลการศึกษา

พยาบาลในบทบาทการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ติดสุรา เป็นความท้าทายของพยาบาลผู้ที่ปฏิบัติ งานในระดับปฐมภูมิ พยาบาลต้องมีสมรรถนะและความสามารถด้านวิชาการและวิชาชีพแล้ว พยาบาลผู้จัดการรายกรณีต้องมีกระบวนการและมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยกระบวนการทำงานเป็นทีมเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ การดูแลแบบมีส่วนร่วม และมีทัศนคติที่ดีในการทำหน้าที่พยาบาลผู้จัดการรายกรณีในทุกบริบท ซึ่งจะนำมาซึ่งผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ ผู้ศึกษาได้ศึกษาการดูแลผู้ติดสุราแบบต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยใช้การจัดการรายกรณีเพื่อดูแลผู้ติดสุราต่อเนื่อง ดังนี้

1. ผู้รับการบำบัดสุรา ได้รับการดูแลตามแนวทางที่พัฒนาและได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้รับการบำบัดสุราได้รับการดูแลตรงตามปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้รับการบำบัดสุราตามระดับความรุนแรงของปัญหาการติ่มสุรา
2. ญาติผู้ดูแลได้รับการพัฒนา ศักยภาพในการดูแลช่วยเหลือผู้รับการบำบัดสุรา เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้รับการบำบัดสุราเพิ่มมากขึ้น
3. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนได้รับการพัฒนา ศักยภาพในการดูแลผู้รับการบำบัดสุราในชุมชน การติดตามเยี่ยมบ้าน ทำให้ผู้รับการบำบัดสุราเห็นความสำคัญของการจัดการดูแลตนเองทั้งด้าน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการติ่มสุรา และการจัดการดูแลตนเองเพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะขาดสุรา
4. ผู้นำชุมชน ได้รับรู้เกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลผู้รับการบำบัดสุราได้ เห็นความสำคัญของปัญหาเกิดการเรียนรู้ในการจัดการดูแล ผู้รับการบำบัดสุราในชุมชน เกิดการประสานงานกับองค์กร ภาคีเครือข่ายในชุมชนในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้รับการบำบัดสุรา การติดตามถามข่าว เยี่ยมให้กำลังใจที่บ้าน

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีระยะเวลาการติดตามเยี่ยมผู้ติดสุราควรดำเนินการต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ปี
2. ควรเพิ่มกลุ่มเป้าหมายติดตามเยี่ยมในชุมชน เป็นผู้ติดสุราที่ไม่รับการบำบัดฟื้นฟู หรือผู้ที่บำบัดฟื้นฟูสุราไม่ครบตามเกณฑ์ เพื่อให้ผู้ติดสุราปรับทัศนคติและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองสามารถควบคุมการติ่มสุราได้ ลดลง และไม่มีภาวะวิกฤติจากการถอนพิษสุรา

## เอกสารอ้างอิง

- จินตวีร์พร แป้นแก้ว. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 9(3), 10-19.
- พัชรินทร์ อติสรณกุล. (2563). การศึกษารายกรณีผู้ป่วยโรคติดเชื้อหรือผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 13(1), 268-278.
- รัตนา สายพานิชย์ และชัชวาลย์ ศิลปกิจ. (2558). ปัญหาการใช้สารเสพติด. ในมาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์(บรรณาธิการ). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ .คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ .(2564). *คู่มือการจัดการรายกรณี (Case Management : CM) กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- หรรษา เศรษฐบุปผา และคณะ. (2555). *คู่มือการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อสำหรับบุคลากรสุขภาพในโปรแกรมใกล้บ้านสมานใจ . เชียงใหม่ : แผนงานพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการติดยาเสพติด สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ .*
- อังกูร ภัทรกร และคณะ. (2558). *แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยภาวะขาดสาร. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- เอกอุมา อิมคา.(2560). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช : การประยุกต์ใช้กรณีเลือกสรร. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.*
- American Psychiatric Association. (2013). Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM- JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH VOL. 7 NO. 1 January – April 2022.
- Department of Mental Health. Annual report, Fiscal Year 2020. Nontaburi : Department of Mental Health Ministry of Public Health; 2020. (in Thai)
- Stuart G.W. and Laraia M.T. (2013). Principles and Practice of Psychiatric Nursing. (10<sup>th</sup> ed.). St. Louis : Elsevier Mosby