

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมอันเนื่องมาจากการดื่มสุรา : กรณีศึกษา Nursing care of psychiatric patients with mental and behavioral disorders due to alcohol use : a case study

(Received: December 3,2022 ; Revised: December 13,2022 ; Accepted: December 17,2022)

รุ่งทิพา พลอยสุวรรณ¹
Rungtiva Ploysuwan¹

บทคัดย่อ

กรณีศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมอันเนื่องมาจากการดื่มสุรา เลือกศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบเจาะจง 2 ราย โดยศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วย ประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน และสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา แสดงผลการศึกษาเปรียบเทียบภาวะการเจ็บป่วย ตามกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่แรกรับถึงจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ผลการศึกษา พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมอันเนื่องมาจากสุรา ได้รับการรักษาและให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ผู้ป่วยเพศหญิงขณะรับการรักษา มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ตับอักเสบและพร่องโพแทสเซียม มีอาการดีขึ้นเป็นลำดับ ส่วนผู้ป่วยชายเป็นคนที่มีความบกพร่องด้านสติปัญญาและการเรียนรู้ มีอาการคุ้มคลั่ง เอะอะไว้วาย พุดจาซบสน ได้รับการรักษาพยาบาลจนกระทั่งอาการสงบแต่เกินศักยภาพการดูแลของโรงพยาบาลจึงส่งต่อให้ได้รับการรักษาต่อเนื่อง อาการดีขึ้นเป็นลำดับและจากการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดย ทีมหมอบรรอบครัว ผู้ป่วยและญาติ มีความรู้ ความเข้าใจ มีแรงจูงใจ มีส่วนร่วมดูแล ผู้ป่วยชายลดการดื่มสุรา ผู้ป่วยหญิงตัดสินใจหยุดดื่มสุรา รับประทานยาต่อเนื่อง และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมอันเนื่องมาจากการดื่มสุรา

Abstract

This case study aims to A comparative study of nursing care for psychiatric patients with mental and behavioral disorders due to alcohol use. Two randomized controlled trials were selected to study patients admitted to the hospital. by studying from patient medical records Evaluate Gordon's 11 Schemes of Health and in-depth interviews Analyze data with content analysis show the results of the study comparing the condition of illness according to the nursing process from the first reception to the distribution and continued care at home.

The results showed that both cases were diagnosed as psychiatric patients with mental and behavioral disorders due to alcohol. received treatment and nursing through a 5-step nursing process A female patient at the time of treatment had thrombocytopenia. Hepatitis and potassium depletion the symptoms improved sequentially. The male patients were disabled with intellectual and learning disabilities. Mania, fussing, confused speech Received medical treatment until the condition calmed, but beyond the hospital's care potential, hence referred to continued treatment. The symptoms improved sequentially. and from continuous follow-up care at home by a team of family doctors'

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแก้งสนามนาง

patients and their relatives had knowledge, understanding, motivation, participation in caring for Male patients reduce alcohol consumption. The female patient decided to stop drinking alcohol. Can continue to take medicine and live in society

Keywords: Nursing care of psychiatric patients with mental and behavioral disorders due to alcohol use

บทนำ

ช่วงหลังของคริสต์ศตวรรษที่ 20 แนวคิดการเกิดโรคจิตเวชในปัจจุบันถูกมองว่าเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างอิทธิพลของปัจจัยทางชีววิทยา จิตใจและสิ่งแวดล้อมซึ่งหมายถึง พันธุกรรม (Constitutional factors) ลักษณะพื้นฐานอารมณ์ ที่ติดตัวมา (Temperament factors) การเจ็บป่วยที่มีต่อการทำงานของสมอง (Physical disease and injury factors) สภาพครอบครัวที่มีผลต่อบุคคลนั้น (Environmental factor) แต่ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของซิกมันด์ ฟรอยด์ เป็นส่วนที่ช่วยให้เข้าใจปรากฏการณ์ของจิตใจตามโครงสร้างของจิตใจ 3 ส่วน ประกอบด้วย id เป็นส่วนที่อยู่ในจิตใจไร้สำนึก เท่านั้น ego เป็นส่วนที่อยู่ทั้ง 3 ระดับของจิตใจ ทำหน้าที่ควบคุมบริหารจัดการแรงขับ super ego เป็นส่วนของจิตที่พัฒนาขึ้นมีความรู้สึกผิดชอบชั่วดี มีหน้าที่คอยตัดสินความคิดการกระทำที่เรียนรู้มาจากคนในครอบครัวหรือคนสำคัญในวัยเด็ก ซึ่งกลไกการป้องกันตนเองนั้นจะเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในระดับจิตไร้สำนึก จะเห็นได้ว่าโรคหรือความผิดปกติทางจิตเวชแยกจากภาวะปกติได้ยากในบางครั้ง เนื่องจากอาการที่เกิดขึ้นเป็นการเบี่ยงเบนของอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม ซึ่งอาจพบได้ในคนปกติ ซึ่งการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชมีหลักพิจารณา ระบุไว้ ดังนี้ 1) กลุ่มอาการของความผิดปกติในด้านการรู้คิด การควบคุมอารมณ์ หรือพฤติกรรมซึ่งมาจากความบกพร่องของการทำงานของจิตใจ กระบวนการทางชีววิทยาหรือพัฒนาการ 2) อาการเหล่านี้ทำให้บุคคลนั้นเกิดความทุกข์ทรมาน (distress) หรือมีความบกพร่อง (disability) ในกิจกรรมทางสังคม การประกอบอาชีพ 3) อาการที่เกิดขึ้นต้องไม่เป็นสิ่งที่สังคมนั้น ๆ ยอมรับว่าเป็นเรื่องปกติ 4) พฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากค่านิยมด้าน

การเมือง ศาสนาหรือด้านเพศหรือความขัดแย้งระหว่างบุคคลนั้น ๆ ไม่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช⁵ สุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดที่คนนิยมดื่มมากทั่วโลก หมายถึง น้ำเมาที่ได้จากการกลั่นสารบางประเภท อาทิ เอทิลแอลกอฮอล์หรือน้ำเมาที่เกิดจากการหมักหรือแช่ให้เกิดสารบางประเภท ซึ่งเป็นสารออกฤทธิ์กดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางเป็นหลัก ทำให้จิตประสาทของผู้ที่ใช้สารเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางต่ำลง เช่น ระดับการรับรู้สติสัมปชัญญะลดลงจากสภาวะที่เป็นอยู่เดิม เกิดความรู้สึกง่วงอยากนอน หนึ่งในกลไกสำคัญในการออกฤทธิ์ คือ การออกฤทธิ์ที่ตัวรับสารสื่อประสาทกาบา (GABA – gamma amino butyric acid) ชนิดเอ และหรือบี ในสมองของผู้เสพสาร ผลของสารกดประสาทต่อจิตใจ ฤทธิ์ของสารกดประสาทที่เป็นที่ต้องการสำหรับผู้เสพ คือ ต้องการความรู้สึกผ่อนคลาย เคลิบเคลิ้ม รู้สึกเป็นสุข ลดความวิตกกังวล มีความกล้าแสดงออก เนื่องจากสารทำให้เกิดการลดความยับยั้งชั่งใจ แต่มีผลเสียตามมา คือทำให้สูญเสียสมาธิและความสามารถในการคิดตัดสินใจ สูญเสียความทรงจำระยะสั้น สับสน บางคนไม่มีการตอบสนองทางอารมณ์ กล้ามเนื้ออ่อนแรง กล้ามเนื้อขาดการประสานงาน การตอบสนองเชิงซ้ำ พูดไม่ชัด วิงเวียน คลื่นไส้ อาเจียน หากใช้ระยะยาวและขนาดสูง อาจทำให้เกิดอาการซึมเศร้า นอกจากนี้ สารในกลุ่มนี้จะกดการหายใจโดยเฉพาะเมื่อใช้สารกดประสาทหลายชนิดร่วมกัน อย่างไรก็ตาม ผู้ใช้สารบางรายกลับเกิดผลทางตรงกันข้ามกับการกดประสาท (Paradoxical effect) เมื่อใช้ขนาดสูง เช่น เกิดอาการกระสับกระส่าย ก้าวร้าว แทนที่จะรู้สึกผ่อนคลายหรือได้ฤทธิ์ลด ความกังวลที่ทำให้สงบ

อาการถอนสารกดประสาท เมื่อลดหรือหยุดการเสพสารประเภทกดประสาทที่ใช้เป็นประจำมาเป็นระยะเวลานาน จะมี อาการถอน (Withdrawal symptoms) ซึ่งจัดเป็นภาวะที่เป็นอันตรายต่อชีวิต และอาจยากต่อการรักษา ขึ้นกับระยะเวลา ขนาด และชนิดของสารที่ใช้ อาการถอนสารกดประสาทที่พบได้บ่อย ได้แก่ มือสั่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง เหงื่อออก กล้ามเนื้อกระตุก เป็นตะคริว กระวนกระวาย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ อยากเสพสาร หาวนอน การนอนเปลี่ยนแปลง ประสาทสัมผัสหลอน ซักซึ่งอาจมีได้หลายครั้งและถึงแก่ชีวิตได้ ทั้งนี้ อาการถอนสามารถเกิดได้ เมื่อลดหรือหยุดการเสพสารอย่างทันทีทันใด โดยเกิดขึ้นภายใน 1 วัน หรือบางครั้งถึง 5 วัน ขึ้นกับค่าครึ่งชีวิตและเภสัชจลนศาสตร์ของสารแต่ละชนิด อาการถอนอาจคงอยู่เป็นเวลานาน 7 วัน ถึง 20 วัน สำหรับสารที่ออกฤทธิ์สั้นหรืออาจคงอยู่ได้นานถึง 28 วัน สำหรับสารที่ออกฤทธิ์ยาว ดังนั้น หากต้องการหยุดยาที่มีฤทธิ์กดประสาทที่ใช้มาเป็นระยะเวลานานควรค่อย ๆ ลดขนาดลงก่อนเพื่อ หลีกเลี่ยงอาการถอนดังกล่าว สำหรับการถอนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระยะแรกมักเริ่มด้วยมือสั่น เหงื่อออกง่าย ในวันที่สอง อาจมีอาการชักและอาจถึงขั้นเพ้อไม่รู้ตัว (delirium) ที่เรียกว่า delirium tremens (DTs) ได้ในวันที่สาม โดย ผู้ที่มีการติดแอลกอฮอล์สามารถเข้ารับการรักษาอาการถอน แอลกอฮอล์ดังกล่าวได้ด้วยยากลุ่มเบนโซไดอะซีปีนซึ่งเป็นยาที่มีฤทธิ์กดประสาทเช่นกัน นักดื่มหนักหรือผู้ติดสุราที่ดื่มเป็นประจำ โดยเฉพาะผู้ที่มึ่ระดับเศรษฐฐานะต่ำอาจจะนิยมเครื่องดื่มที่มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์สูงและราคาถูก เช่น เหล้าขาวหรือสุรากลั่นพื้นบ้าน ส่วนนักดื่มเยาวชน นักดื่มหน้าใหม่ หรือนักดื่มหญิงอาจจะนิยมเครื่องดื่มที่มีฤทธิ์แอลกอฮอล์ต่ำ เช่น เบียร์หรือไวน์คูลเลอร์และเครื่องดื่มผสมที่มีรสชาติดูอร่อย เป็นต้น ความชุกของการดื่มสุราในหญิงไทยต่ำกว่าในชายไทยเสมอมา ถึงแม้ว่า หญิงไทยจะมีแนวโน้มการดื่มสุราเพิ่มมากขึ้นในปัจจุบันก็ตาม ซึ่งเป็นแบบแผนที่คล้ายคลึงกับที่พบในประเทศอื่น ๆ ส่วนใหญ่ทั่วโลก¹⁸ จากการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร

พ.ศ. 2564 โดย สำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า ประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป 15.96 ล้านคน หรือร้อยละ 28.00 เป็นนักดื่มปัจจุบัน โดยอัตราความชุกของนักดื่มปัจจุบันนี้ลดลงเล็กน้อยจากปี พ.ศ. 2560 (ร้อยละ 28.41) เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า ประชากรชาย 12.77 ล้านคน (ร้อยละ 46.44) เป็นนักดื่มปัจจุบัน สำหรับประชากรหญิงมีเพียง 3.20 ล้านคน (ร้อยละ 10.83) เท่านั้นที่เป็นนักดื่มปัจจุบัน ซึ่งอัตราความชุกในประชากรหญิงน้อยกว่าความชุกในประชากรชายถึงประมาณสี่เท่าและเมื่อจำแนกตามกลุ่มวัย ความชุกของการดื่มสุราในปัจจุบันสูงที่สุดในประชากรกลุ่มวัยทำงานตอนต้น (อายุ 25-44 ปี) โดยประชากรกลุ่มนี้ร้อยละ 36.53 เป็นนักดื่มปัจจุบัน ผู้หญิงเป็นกลุ่มเปราะบางในการได้รับผลกระทบทางสุขภาพจากการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าผู้ชาย เนื่องจากสรีรวิทยาของร่างกายที่เล็ก ทำให้ขนาดของตับเล็ก อันส่งผลให้การกำจัดแอลกอฮอล์ออกจากร่างกายได้น้อยกว่าผู้ชาย รวมทั้งการมีปริมาณไขมันสะสมในร่างกายสูง ทำให้ร่างกายสะสมแอลกอฮอล์ในเลือดสูงกว่าผู้ชาย เมื่อดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณเท่ากัน⁹

อย่างไรก็ตาม การดื่มสุรายังคงเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตมนุษย์มาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน พบได้เป็นประจำ ทุกวันในทุกสังคม ตั้งแต่งานเลี้ยงฉลองงานมงคลต่าง ๆ หรือแม้กระทั่งงานศพ คนทั่วไปเคยชินและเห็นเป็นวิถีชีวิตปกติ ถึงแม้ว่าการดื่มสุราจะมีประโยชน์บ้าง เช่น ลดความประหม่าเก้อเขินในการเข้าสังคม ใช้ในพิธีกรรมทางศาสนาหรือประเพณีหรือใช้เป็นส่วนผสมอย่างหนึ่งในการประกอบอาหารบางชนิด แต่โทษที่เกิดจากการดื่มสุราในปริมาณมากเกินไปมีมากมาย และมากกว่าประโยชน์ของการดื่มสุราเสียอีก แต่การดื่มสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่มีผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ ไม่ว่าจะเป็นโรคตับ โรคของระบบทางเดินอาหาร ประสาทสมอง โรคจิตเวช ซึ่งรวมทั้งโรคความผิดปกติจากการดื่มสุรายังทำให้เกิดการทะเลาะเบาะแว้งและทารุณกรรมในครอบครัวและสังคมถึงกระนั้น คนจำนวนมากก็ยังดื่ม

สุราจนกระทั่งสุรากลายเป็นสารเสพติดที่คนนิยมใช้มากที่สุดทั้งในประเทศไทยและในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นเพราะว่าสุราเป็นสารเสพติดที่ถูกกฎหมายและสามารถซื้อหาได้ง่าย¹ ทำให้มีการการดูแลในระบบสุขภาพเพิ่มขึ้น การดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่อทุกคนในสังคมเป็นวงกว้าง โดยคนในครอบครัวเป็นบุคคลอันดับแรก ๆ ที่ได้รับผลกระทบทั้งด้านจิตใจและด้านร่างกาย ส่วนการดื่มแอลกอฮอล์นอกครัวเรือนในพื้นที่สาธารณะอาจก่อให้เกิดความรำคาญแก่ผู้อื่นและจากการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้านให้ได้รับประสิทธิผลตามเกณฑ์การรักษา พบว่า การสร้างสัมพันธภาพ การบอกความสำคัญและความจำเป็นในการรับประทานยา การให้การปรึกษา การส่งเสริมความมีคุณค่าของผู้ดูแลและผู้ป่วย แหล่งสนับสนุนทางสังคมจิตอาสา การประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องและระบบส่งต่อ ช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่องและสามารถควบคุมอาการได้⁷

ในปี 2563-2565 อำเภอแก้งสนามนาง พบผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม เข้ารับบริการผู้ป่วยนอก ร้อยละ 2.39, 2.73 และ 7.4 ตามลำดับ สาเหตุจากการดื่มสุรา มีแนวโน้มสูงขึ้น ร้อยละ 2.74 , 2.23 และ 5.38 ตามลำดับ³ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการก้าวร้าวรุนแรง ตั้งแต่ปี 2562-2565 รวม 47 ราย รับประทานต่อเนื่อง ปี 2565 ร้อยละ 20 และพบการโทรศัพท์แจ้งให้ “หมอครอบครัว” เข้าไปดูแลจัดการ กรณีที่ผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ปฏิเสธการรับประทานยา มีอาการพูดคุยคนเดียว เอะอะ โวยวาย ถู้อาวุธมีคมแสดงให้ครอบครัวมองเห็นหรือเก็บไว้ข้างกาย รวมการทารุณกรรมสัตว์ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่2) พ.ศ.2562 ระบุและมุ่งเน้นให้ประชาชนและบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตได้รับการคุ้มครองสิทธิและเข้าสู่กระบวนการดูแล 5 มิติสุขภาพ ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต ด้านการป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต ด้านการบำบัดรักษา ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านการปกป้องคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย ผู้ดูแลและสังคม² ปัญหาดังกล่าวเกิดขึ้นในชุมชนเป็น

ระยะ ๆ จึงสนใจศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาล จากกรณีศึกษา 2 ราย เพื่อนำไปสู่การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมอันเนื่องมาจากสุรา ผู้ป่วยลดหรือหยุดดื่มสุรา อยู่ในสังคมได้ ครอบครัว ชุมชนมีความปลอดภัย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมอันเนื่องมาจากการดื่มสุรา

วิธีการศึกษา

เลือกกรณีศึกษา ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมอันเนื่องมาจากการดื่มสุราที่ได้รับการวินิจฉัยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีอาการหวาดระแวงเด่นชัด เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นสูง อาการกำเริบซ้ำจากไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ใช้สุราเป็นประจำ ครอบครัวมีความรู้และความเข้าใจในการดูแลไม่เพียงพอ โดย ศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย

1) แบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับตาม 11 แบบแผนของกอร์ดอน 2) แบบบันทึกทางการพยาบาลครอบคลุมกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน 3) เวชระเบียนผู้ป่วยฉบับเต็ม ดำเนินการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือน พฤษภาคม-กันยายน 2565 โดย ศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วย ชักประวัติผู้ป่วยญาติและเพื่อนบ้าน ประเมินผู้ป่วย ค้นหาปัญหาและความต้องการทางสุขภาพของผู้ป่วยนำมาวิเคราะห์แก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการในการปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพที่ครอบคลุมการส่งเสริมการป้องกัน การรักษา ฟื้นฟู สุขภาพ นำกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาลตั้งแต่แรกรับถึงจำหน่ายและติดตามต่อเนื่องที่บ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้งเป็นระยะเวลา 1 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาและสรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลจากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย โดยเปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย แบบแผน

สุขภาพ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลปฏิบัติการพยาบาล กระบวนการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล ดังนี้

ข้อมูลการเจ็บป่วย

กรณีศึกษา รายที่ 1 ชายไทยโสด อายุ 46 ปี อาชีพเกษตรกร อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ญาติ ให้ประวัติว่าผู้ป่วย “พูดคนเดียวและหนีหายออกจากบ้านเป็นเวลา 10 วัน” ก่อนมีอาการญาติให้ประวัติว่า ช่วงเทศกาลสงกรานต์ผู้ป่วยดื่มสุรา หลังดื่ม มีอาการ พูดคุยคนเดียว ไม่เอะอะโวยวาย ไม่ทำลายข้าวของ ยังไม่ได้รับการรักษาที่ไหนมาก่อน วันที่ 2 เมษายน 2565 ผู้ป่วยเดินหนีหายออกจากบ้าน ติดตามไม่ได้ วันที่ 9 พฤษภาคม 2565 ได้รับแจ้งจากสถานี ตำรวจภูธรอำเภอแห่งหนึ่ง พบผู้ป่วยไปทุ่งข้าว ที่เลี้ยง นาผู้อื่น จึงโทรแจ้งญาติให้รับกลับบ้าน หลังกลับถึง บ้าน ผู้ป่วยยังคงดื่มสุรา เดินไปมาตอนกลางคืน พูดคนเดียว เล่าเรื่องราวที่ไม่มีจริง เก็บของหนีจากบ้าน อาการ ไม่สงบ เมื่อวันที่ 12 พฤษภาคม 2565 ญาติจึง มาแจ้งที่โรงพยาบาลให้การรักษา ได้รับการ วินิจฉัยโรคแรกรับเป็น (F09) Unspecified organic or symptomatic mental disorder การตรวจ ร่างกายแรกรับ GA: inattention, blurred speech disorganized speech and behavior plan admit control symptoms สัญญาณชีพ อัตราการเต้นของ ชีพจร : 96 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 135/89 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ รับไว้รักษาในโรงพยาบาล พิจารณาให้ยา Diazepam 10 mg ฉีดเข้าหลอดเลือดดำทันทีและ Haloperidol 5 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทันที Potassium Chloride Elixir รับประทาน 30 ml และหากผู้ป่วยมี “agitation” ให้พิจารณาฉีด Diazepam 10 mg เข้า หลอดเลือดดำทุก 4 ชั่วโมง แผนการดูแลรักษา ต่อเนื่องขณะเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล Haloperidol 5 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อน นอน, Risperidone 2 mg. รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหาร เข้า เย็น, Diazepam 5 mg รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอน Benzhexol 2 mg. รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหาร เข้า เย็น

Vitamin B complex รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลัง อาหาร เข้า กลางวัน เย็น รับการรักษาได้ 2 วัน ผู้ป่วย หลบหนีกลับบ้าน การรักษาไม่ต่อเนื่อง ต่อมาเมื่อ วันที่ 22 มิถุนายน 2565 ผู้ป่วยมีอาการพูดจาสับสน ถืออาวู จะทำร้ายร่างกายคนอื่น ดื่มสุราบางครั้ง “ไม่ ยอมรับว่าป่วย ปฏิเสธการรับประทานยา” พี่สาวแจ้ง ตำรวจให้นำส่งโรงพยาบาลและให้ข้อมูลปฏิเสธ เรื่อง การใช้สารเสพติด แพทย์วินิจฉัยโรคแรกรับเป็น (F1007) Mental and behavioral disorders due to use of alcohol-Alcohol acute intoxication การตรวจร่างกายแรกรับ GA: inattention, blurred speech disorganized speech and behavior Imp : Alcohol induced psychosis สัญญาณชีพ อัตรา การเต้นของชีพจร 106 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 112/82 มิลลิเมตร ปรอท รับไว้รักษาที่ตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาล พิจารณา ให้ยา Diazepam 10 mg ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ เมื่อมี อาการทุก 4 ชั่วโมง Haloperidol 5 mg ฉีดเข้า กล้ามเนื้อ Potassium Chloride Elixirรับประทาน 30 ml ขณะรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนผู้ป่วยมี อาการ เอะอะโวยวาย รบกวนผู้ป่วยอื่น ให้ยาแล้ว อาการไม่สงบ ความต้องการรักษาพยาบาลเกิน ศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชน วันที่ 24 มิถุนายน 2565 แพทย์พิจารณาส่งต่อไปที่โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนินทร์ แพทย์วินิจฉัยโรคแรกรับ เป็น F1050 Alcohol, Psychotic disorder, Schizophrenia-like รับการรักษาไว้ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2565 ผู้ศึกษาจึงติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 1 เดือน จากการเยี่ยม บ้านครั้งแรกไม่พบผู้ป่วย พบมารดาและพี่สาว ให้ ประวัติว่า “ผู้ป่วยอยู่ที่บ้านแต่หลบซ่อนตัว ไม่ให้เรา เห็น” ให้ประวัติการเจ็บป่วย ว่า “ผู้ป่วยเป็นคนพิการ ที่มีภาวะบกพร่องด้านสติปัญญาและการเรียนรู้” เมื่อ 10 ปีที่ผ่านมาผู้ป่วยเริ่มดื่มสุราและดื่มต่อเนื่องเป็น ประจำไม่ทราบปริมาณ เริ่มมีอาการ คิดว่าตนเองมี บุตรและภรรยา ระแวงกลัวคนมาทำร้าย ระแวงคนที่ บ้านวางยาพิษในอาหาร ถ้าจะรับประทานอาหารจะ หุงหาอาหารและปรุงด้วยตนเอง พกอาวุธมีดไว้กับตัว

เอะอะโวยวาย ไม่มีประวัติการรับยาทางจิตเวช ได้สอบถามเพื่อนบ้านให้ประวัติว่าชอบดื่มสุรานิงานบุญ ประเพณีของหมู่บ้าน เป็นประจำ เมื่อเดือนเมษายน 2565 มีอาการเอะอะ โวยวาย หนีหายจากบ้านญาติ จึงนำตัวเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หลังออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยยังคงหวาดระแวง ครั้งที่ 2 ผู้ป่วยเริ่มรับรู้ว่ามีหมอกครอบครวัดติดตามเยี่ยมบ้าน ขณะพูดคุย พบ “ควั่นไฟ” จากครัวชนบท พบผู้ป่วยซึ่งแอบมอง ฟังการสนทนา มารดาและพี่สาวให้ประวัติว่า ผู้ป่วยเริ่มมีอาการดีขึ้น สามารถช่วยมารดาเข็นรถอาหารไปขายในหมู่บ้านได้ ครั้งที่ 3 ญาติผู้ป่วยและเพื่อนบ้านใกล้เคียงให้ประวัติว่าผู้ป่วยแอบไปนอนและทำอาหารรับประทานเองที่เถียงนาผู้อื่น อาการเหมือนคนทั่วไป “ไม่พูดแต่ไปรดน้ำต้นไม้ให้” ไม่พบพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงแต่ยังคงรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ครั้งที่ 4 ติดตามเยี่ยมเสริมพลังใจ ผู้ป่วยลดการดื่มสุราแต่ยังรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ

กรณีศึกษาครั้งที่ 2 หญิงไทยอายุ 41 ปี อาชีพรับจ้าง อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล พูดคนเดียว ใช้คำพูดที่รุนแรง ก้าวร้าว ตาขวางตลอดเวลา ดื่มสุรา ปฏิเสธการรับประทานยาตามแผนการรักษา มารดาได้ให้ประวัติว่า 1 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล “ผู้ป่วยมีอาการพูดคนเดียว เดินออกไปซื้อสุราทั่วหมู่บ้านแต่ไม่มีใครขายให้ ก้าวร้าวใช้คำพูดที่รุนแรงกับบุคคลอื่น สีหน้าตึงเครียดตลอดเวลา ตอนกลางคืนไม่นอนออกมาพ้อนรำที่หน้าบ้านเกือบทุกคืน คิดว่าตัวเองเป็นองค์หญิง” ไม่ทำร้ายข้าวของ ไม่ทำร้ายร่างกายตัวเองและคนอื่น ช่วงที่ผู้ป่วยไปทำงานที่แคมป์ก่อสร้างถนนทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 202 ใกล้

หมู่บ้าน ผู้ป่วยดื่มสุรา 40 ดิกรี กับคนงานด้วยกันทุกวัน เมื่อหยุดงานมาอยู่บ้านผู้ป่วยจึงเริ่มมีอาการดังกล่าวข้างต้น ผู้ป่วยจัดยารับประทานด้วยตนเองแต่ไม่สม่ำเสมอ บอกว่า “ตัวเองหายป่วยแล้วไม่อยากจะกินยา” วันที่ 20 พฤษภาคม 2565 ทีมเยี่ยมบ้านจากโรงพยาบาลไปฉีดยาให้ แต่ผู้ป่วยปฏิเสธ สัญญาณชีพแรกรับอัตราการเต้นของชีพจร 84 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท ค่าออกซิเจนปลายนิ้ว (O2sat) 98% วันที่ 24 พฤษภาคม 2565 แพทย์ให้การวินิจฉัย F1000 Alcohol, Acute intoxication, Uncomplicated รับไว้ในโรงพยาบาลพิจารณาให้ ยา Haloperidol 5 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ Haloperidol 5 mg. 1 เม็ดก่อนนอน Benzhexol 2 mg. รับประทาน 1 เม็ดก่อนนอน Lorazepam 0.5 mg. 1 เม็ดก่อนนอน Potassium Chloride Elixir รับประทาน 30 ml ห่างกัน 3 ชั่วโมง 2 ครั้ง Vitamin B1 รับประทานครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น Multivitamin 1 เม็ดหลังอาหารเช้า เย็น Ativan 0.5 mg. รับประทานครั้งละ 2 เม็ดก่อนนอน ผู้ป่วยมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ตับอักเสบและโพแทสเซียมต่ำ รับประทานในโรงพยาบาล จำนวน 4 วัน อาการสงบทุเลาและดีขึ้นเป็นลำดับ จึงกลับไปรักษาต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ศึกษาติดตามเยี่ยมบ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ต่อเนื่อง 1 เดือน พบว่า ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอ นอนหลับพักผ่อนได้ ใช้ชีวิต เช่น บุคคลทั่วไป สนใจสุขวิทยาสวนบุคคล สามารถทำงานไร่ งานนาแต่ยังไม่สามารถทำงานรับจ้างทั่วไปได้ ดังนี้

ตารางที่ 1 แบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษา ครั้งที่ 1 (เพศชาย)	กรณีศึกษา ครั้งที่ 2 (เพศหญิง)
1.การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ	มีภาวะบกพร่องด้านสติปัญญาและการเรียนรู้ร่วมกับภาวะบกพร่องทางจิตและพฤติกรรมหลังจากการดื่มสุรา	มีภาวะบกพร่องทางจิตและพฤติกรรม รับยาแต่ไม่ต่อเนื่อง ปฏิเสธการแพทย์ ปฏิเสธการผ่าตัด
2. อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร	น้ำหนัก 50 กก. สูง 156 ซม. BMI=20.54 รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อทำด้วยตนเอง ไม่ไวใจผู้อื่น ดื่มสุราประจำวันละ 1 ขวด สุบบุหรี่ 2-3 มวนต่อวันปฏิเสธการใช้ยาเสพติด	น้ำหนัก 61 กก. สูง 161 ซม. BMI=23.53 รับประทานอาหารวันละ 2-3 มื้อ ดื่มสุราประจำวันละ 15 ML. ต้มแอลกอฮอล์ 70 % ไม่สูบบุหรี่ เคยเสพยาบ้า ปัจจุบันหยุดเสพ
3. การขับถ่าย	ถ่ายปัสสาวะ อุจจาระปกติทุกวัน	ถ่ายปัสสาวะ อุจจาระปกติทุกวัน
4. กิจกรรมและการ	ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองแต่ขณะป่วยทำได้	ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนการเจ็บป่วยและขณะป่วยได้ด้วยตนเอง



ออกกําลังกาย	บางส่วนต้องช่วยเหลือ	
5. การนอนหลับพักผ่อน	ก่อนเข้ารับการรักษานอนหลับกลางคืนวันละ 6-8 ชั่วโมง โดยไม่พึ่งยานอนหลับ แต่ขณะรับการรักษาต้องพึ่งยานอนหลับ	ก่อนรับการรักษาและขณะเข้ารับการรักษา ต้องใช้ยา Diazepam 5 mg ประจำ นอนหลับวันละ 5-6 ชั่วโมง
6. สถิติปัญหาและการรับรู้	มีความบกพร่องด้านสติปัญญาและการเรียนรู้ ไม่พูดกับคนแปลกหน้า เก็บตัว	ถ้าไม่ดื่มสุรา รู้สึกตัวดี พูดคุยโต้ตอบชัดเจน รับรู้การเจ็บป่วย ถ้าดื่มสุราจะพูดกับคนเดียว ก้าวร้าวไม่รับรู้
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	ก่อนป่วยเสียขริบ แยกตัวเอง ขณะป่วยกังวล หวาดระแวงกลัวคนมาทำร้าย ไม่รับรู้การเจ็บป่วย	ก่อนป่วย ลักษณะร่าเริง ชอบสังคม ขณะป่วยสีหน้าวิตกกังวล หวาดระแวง รับรู้การเจ็บป่วย
8. บทบาทและสัมพันธภาพ	โสด อาศัยอยู่กับ บิดา มารดา พี่สาว พี่ชาย ช่วยกันดูแลสัมพันธภาพในครอบครัวดี แต่ขณะป่วย หวาดระแวงพี่สาวที่นำตำรวจจับส่งโรงพยาบาล	หม้ายจากการหย่าร้าง มีบุตรชาย 1 คน ไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน ปัจจุบันบิดา มารดาเป็นผู้ดูแลสัมพันธภาพดี แต่มีความขัดแย้งกับน้องสะใภ้
9. เพศและการเจริญพันธุ์	เพศชาย โสดแต่คิดว่าตนเองมีภรรยาและบุตร	เพศหญิง หมดประจำเดือน ไม่มีความกังวลเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ขณะเจ็บป่วย
10. การปรับตัวและการเผชิญปัญหา	ก่อนป่วยสามารถใช้ชีวิตปกติทั่วไปแต่เมื่อดื่มสุราผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญปัญหาได้ หนีหายจากบ้าน ส่งผลกระทบต่อครอบครัว	ก่อนป่วยไม่สบายใจ ซึมเศร้า คิดถึงลูกชาย แก่ไข ด้วยการพูดคุยกับเพื่อนบ้านและดื่มสุรา การเจ็บป่วยครั้งนี้ส่งผลกระทบต่อครอบครัว
11. ค่านิยมและความเชื่อ	ครอบครัวเชื่อว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้มาจากพฤติกรรมการดื่มสุรา มีบิดา มารดาและครอบครัวเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจขณะเจ็บป่วย	เชื่อว่าสาเหตุการเจ็บป่วยครั้งนี้มาจากพฤติกรรมการดื่มสุราแต่ไม่สามารถหยุดดื่มได้ มีบุตรชายและครอบครัวเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจขณะเจ็บป่วย

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล

กรณีศึกษา		กิจกรรมการพยาบาล
รายที่ 1	รายที่ 2	
ข้อวินิจฉัยที่ 1. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการขาดสุรา		
เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้ อาการขาดสุราทุเลาลง		
✓	✓	1. ประเมินสัญญาณชีพและอาการขาดสุราทุก 2 ชั่วโมง เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของระดับอาการขาดสุรา จนกระทั่งอาการขาดสุราทุเลาลง 2. ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินอาการก่อนและหลังการให้ยา 3. เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากยากระดกประสาทส่วนกลางมาก เช่น ง่วงนอนมาก หายใจช้าการทรงตัวไม่ดี เดินเซ กล้ามเนื้ออ่อนแรงและรายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบอาการ 4. ดูแลความสะอาด ความสุขสบาย การพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง 5. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบมีแสงสว่างเพียงพอ อากาศเย็นสบายไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกตกใจหรือหวาดกลัว ลดเสียงดังรบกวน ลดสิ่งเร้าที่จะทำให้มีอาการขาดสุรารุนแรงมากขึ้น ถ้าผู้ป่วยมีอาการสับสนไม่รับรู้ เกี่ยวกับบุคคล เวลาและสถานที่ จะแยกผู้ป่วยจากการพบปะบุคคลอื่น ๆ 6. ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ 7. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงการดำเนินของอาการขาดสุราเนื่องจากผู้ป่วยเกิดอาการขาดสุราขั้นรุนแรง (very severe withdrawal) การประเมินผล 1. ผู้ป่วยรายที่ 1 มีพฤติกรรมหลบหนีและเกินศักยภาพการดูแลจึงส่งต่อเพื่อวินิจัยและรักษา 2. ผู้ป่วยรายที่ 2 หลังรับการรักษา CIWA-Ar =1 คะแนน อาการทุเลาลงต่อเนื่องที่บ้าน
ข้อวินิจฉัยที่ 2. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน จากการ ได้รับยา Diazepam ชนิดฉีด		
เป้าหมายทางการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา Diazepam ชนิดฉีด		
✓	✓	1. ดูแลและเฝ้าระวัง การให้ยา Diazepam ชนิดฉีดตามความรุนแรงของอาการขาดสุรา ดังนี้ 1.1 ฉีดยา Diazepam 10 mg เข้าหลอดเลือดดำช้า ๆ หลีกเลี่ยงการฉีดเข้าหลอดเลือดแดง หรือการทำให้เส้นเลือดแตกภายหลังการฉีด 1.2 ตรวจดูอาการอีกเสบของหลอดเลือดดำ ว่ามีปวด แดงหรือมีลักษณะไหม้บริเวณที่ฉีดยาก่อนฉีด Diazepam 10 me เข้าเส้นเลือดดำ

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล

กรณีศึกษา		กิจกรรมการพยาบาล
รายที่ 1	รายที่ 2	
		1.3 ประเมินอาการที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนทางยาได้แก่ อาการง่วงนอนและสังเกตการหายใจเนื่องจากยามีฤทธิ์กดการหายใจอาจทำให้ผู้ป่วยหยุดหายใจได้และวัดสัญญาณชีพทุกครั้งหลังให้ยาโดยเฉพาะการหายใจและความดันโลหิตทุก 30 นาที หลังให้ยาฉีดจำนวน 4 ครั้ง หลังจากนั้น วัดทุก 1 ชั่วโมง จำนวน 3 ครั้ง จากนั้น วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงจนกว่าอาการคงที่ 1.4 เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการตื่นเต้น กระวนกระวายหรือวิตกกังวลมากให้ยาแล้วอาการไม่สงบ ควรประเมินถึงสาเหตุของอาการที่เกิดขึ้นอีกครั้งจัดท่านอนที่เหมาะสม จัดสิ่งแวดล้อมลดสิ่งกระตุ้นไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการสับสนมากขึ้น เช่น แสงสว่างมากเกินไป เสียงดัง มีคนเดินไปมาพลุกพล่าน 1.5 ติดตามผลของยาถ้าผู้ป่วยมีอาการซึมหรือง่วงนอนมากการทรงตัวไม่ดี ให้รายงานแพทย์ดูแลและระวังอุบัติเหตุต่าง ๆ กิจกรรมประจำวัน การรับประทานอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ 1.6 ให้ยาตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด รวมถึงสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ระมัดระวัง การติดยา กรณีใช้ยา Diazepam ในขนาดสูง 2. รายงานแพทย์ กรณีต่อไปนี้ 2.1 ให้ยา pm. ซ้ำ 3 dose ติดต่อกันแล้วอาการของผู้ป่วยยังไม่สงบ 2.2 ได้ Diazepam ถึง 80 mg ภายใน 8 ชั่วโมง 2.3 ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน เช่น ปลุกไม่ตื่นหรืออัตราการหายใจน้อยกว่า 14 ครั้ง/นาที ตรวจพบ Neurological signs ผิดปกติหรือเปลี่ยนแปลง เช่น Weakness, Sign of increase intracranial pressure เช่น อาเจียนมาก, Increased BP, Bradycardia การประเมินผล 1. ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับ Diazepam ตามแผนการรักษา ปลอดภัย ไม่พบภาวะแทรกซ้อน 2. ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับ Diazepam ตามแผนการรักษา ปลอดภัย ไม่พบภาวะแทรกซ้อน
ข้อวินิจฉัยที่ 3. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุ		
✓	✓	1. จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย แสงสว่างเพียงพอ ลดสิ่งกีดขวาง สิ่งกระตุ้น 2. จัดเตียงผู้ป่วยอยู่ใกล้เคาน์เตอร์พยาบาลและยกไม้กั้นเตียงขึ้นเพื่อป้องกันการตกเตียง 3. ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ พิจารณาผูกยึดผู้ป่วย โดยใช้ผ้าผูกยึดที่ข้อมือเพื่อป้องกันการกระชากเคี้ยวหนัง คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย 4. แจ้งให้ญาติทราบถึงเหตุผลของการผูกยึดและคลายผ้าผูกยึดเมื่อผู้ป่วยอาการสงบลง 5. ตรวจเยี่ยมอาการสังเกตสีผิวหนัง เพื่อป้องกันการระคายเคืองหรือบาดแผล 6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้ปัสสาวะหรืออุจจาระตามที่ต้องการหรือทุก 4 ชั่วโมง . 7. เฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุอย่างต่อเนื่องจนกว่าอาการจะทุเลา การประเมินผล ผู้ป่วยรายที่ 1 ปลอดภัยจากการเกิดอุบัติเหตุไม่มีพลัดตกหกล้มแต่หลบหนีจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยรายที่ 2 ปลอดภัยจากการเกิดอุบัติเหตุไม่มีพลัดตกหกล้ม
ข้อวินิจฉัยที่ 4. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากแขนขาอ่อนแรงจากภาวะโพแทสเซียมต่ำ ระดับโพแทสเซียม รายที่ 1 แรกรับ = 2.99 mmol/L, ระดับโพแทสเซียม รายที่ 2 แรกรับ = 3.03 mmol/L เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดอุบัติเหตุ ระดับโพแทสเซียมเข้าสู่ระดับปกติ		
✓	✓	1. ประเมินอาการอ่อนเพลียแขนขาอ่อนแรงโดยเฉพาะต้นขาและต้นแขน 2. ดูแลให้ได้รับโพแทสเซียมทดแทนตามแผนการรักษาของแพทย์ 3. ประสานกับโภชนาการจัดอาหารที่มีโพแทสเซียมให้ผู้ป่วยรับประทาน 4. อธิบายสาเหตุการเกิดภาวะดังกล่าวให้ผู้ป่วยและญาติทราบเพื่อให้ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง 5. ติดตามผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการจนกว่าระดับโพแทสเซียมเข้าสู่ภาวะปกติ 6. ดูแลกิจวัตรประจำวัน อาหารน้ำดื่มความสะอาดของร่างกายและการขับถ่าย 7. ตรวจวัดสัญญาณชีพ สังเกต ประเมินภาวะแขนขาอ่อนแรงจากการขาดโพแทสเซียม ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย



ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล

กรณีศึกษา		กิจกรรมการพยาบาล
รายที่ 1	รายที่ 2	
		แขนขาอ่อนแรงโดยเฉพาะส่วนต้นขาและต้นแขน (Proximal muscle weakness) ถ้าให้ผู้ป่วยนอนแล้วให้ยกท่อนขาขึ้น จะยกไม่ได้แต่สามารถงอขาเข้ามาได้เพราะว่าต้นขาอ่อนแรงหรือให้ยกแขนขึ้นจะยกไม่ได้แต่จะขยับ แขน เข้ามาแนบลำตัวด้วยข้อศอกขึ้นได้เพราะว่าต้นแขนไม่มีแรง โดยที่ ผู้ป่วยไม่มีอาการชาที่แขน ขา อาจพบคลื่นหัวใจผิดปกติหรือถ้าเป็นรุนแรงจะทำให้หัวใจเต้นผิดปกติจึงหวั่นใจจนถึงหยุดเต้นได้กรณีผู้ป่วยมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำจากภาวะตับบกพร่องจากการดื่มสุราเป็นเวลานาน 8. ติดตาม Electrolyte ตามแผนการรักษาของแพทย์ การประเมินผล 1. ผู้ป่วยรายที่ 1 ระดับโพแทสเซียม หลังให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ = 3.58 mmol/L 2. ผู้ป่วยรายที่ 2 ระดับโพแทสเซียม หลังให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ = 3.83 mmol/L
ข้อวินิจฉัยที่ 5. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัด ผู้ป่วยรายที่ 1 มีอาการเอะอะ โวยวาย พุดบ่นคนเดียว ถืออาวุธ ผู้ป่วยรายที่ 2 มีอาการพุดบ่นคนเดียว ใช้คำพุดที่รุนแรง ก้าวร้าว ตาขวางตลอดเวลา ดื่มสุรา เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัด		
✓	✓	1. แจ้งผู้ป่วยและญาติเพื่อผูกมัดผู้ป่วยเพราะผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ โดยใช้ผ้าผูกยึดที่ข้อมือป้องกันการระคายเคืองผิวหนังขณะผู้ป่วยเคลื่อนไหว ขณะให้การผูกมัดได้คำนึงถึงความปลอดภัยและให้เกียรติผู้ป่วยเสมอ 2. ใช้มือสองนิ้วสอดเข้าใต้ เบื้องหน้า ผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง 3. แจ้งให้ญาติทราบถึงเหตุผลของการผูกมัดและการดำเนินของโรค 4. ตรวจเย็บอาการ สังเกตสีผิวหนัง เพื่อป้องกันการระคายเคืองหรือบาดแผล 5. ดูแลให้ผู้ผู้ป่วยได้ปัสสาวะหรืออุจจาระตามที่ต้องการหรือทุก 4 ชั่วโมง 6. คลายผ้าผูกมัดเมื่อผู้ป่วยอาการสงบลง 7. ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินอาการก่อนและหลังการให้ยา การประเมินผล 1. ผู้ป่วยรายที่ 1 ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัด ไม่พบแผลถลอกแต่ผู้ป่วยหลบหนีจากโรงพยาบาลและกลับมารักษาแต่เกินศักยภาพการดูแลแพทย์พิจารณาส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจิตเวชราชชนครินทร์นครราชสีมา 2. ผู้ป่วยรายที่ 2 ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัด ไม่พบแผลถลอก
ข้อวินิจฉัยที่ 6. เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ผู้อื่นและทำลายอาคารสถานที่ เนื่องจาก มีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว เป้าหมายการพยาบาล ไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยทำร้ายตนเองและผู้อื่น		
✓	✓	1. สร้างสัมพันธภาพ เพื่อการบำบัดให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกคับข้องใจและภาวะหวาดระแวงด้วยท่าทีแสดงความเข้าใจ ฟังอย่างตั้งใจ สะท้อนความรู้สึกและค้นหาข้อมูลเพิ่มเติม 2. เรียกชื่อผู้ป่วยและกล่าวทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล 3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ เวลา สถานที่และบุคคลซ้ำ ๆ 4. จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด ให้อากาศถ่ายเทสะดวก ลดสิ่งกระตุ้น เช่น แสงเสียง เพื่อให้ผู้ป่วย พักผ่อนอย่างเพียงพอ ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย มีอุปกรณ์เครื่องใช้เท่าที่จำเป็น ไม่มีสิ่งที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและผู้ป่วยอื่น ๆ เช่น อาวุธ ของแหลม ของมีคม เป็นต้น 5. เฝ้าระวังความเสี่ยงจากการทำร้ายผู้อื่น ทำร้ายตนเอง ทรัพย์สิน จากภาวะหวาดระแวงและประเมินภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล หากพบความผิดปกติ พิจารณารายงานแพทย์ 6. จำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย ถ้าไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้ เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย ผู้อื่น ทรัพย์สินและประเมินความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น หากพบความผิดปกติพิจารณา รายงานแพทย์ 7. กรณีผู้ป่วยแสดงพฤติกรรม เอะอะเสียงดัง ด่าทอผู้อื่น บ้วนน้ำลายใส่ผู้อื่น เสี่ยงต่อการทำร้ายผู้อื่น ต้องชี้แจงให้ทราบว่า เป็นการดำเนินของโรคช่วงเวลาหนึ่งและอาการจะสงบลง

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล

กรณีศึกษา		กิจกรรมการพยาบาล
รายที่ 1	รายที่ 2	
		8. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์และสังเกตอาการข้างเคียงของยาตลอดจนการเสริมฤทธิ์ของยาบางตัวที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้ การประเมินผล 1. ผู้ป่วยรายที่ 1 ปลอดภัยไม่มีการทำร้ายตนเองและผู้อื่นแต่ผู้ป่วยหลบหนีจากโรงพยาบาล 2. ผู้ป่วยรายที่ 2 ปลอดภัย ไม่มีการทำร้ายตนเองและผู้อื่น
ข้อวินิจฉัยที่ 7. เสี่ยง ต่อภาวะ Aspirated pneumonia เป้าหมายการพยาบาล ไม่พบภาวะ Aspirated pneumonia		
✓	✓	1. เมื่อผู้ป่วยตื่นตัวหรือกลืนได้ปกติ ดูแลให้ดื่มน้ำหรือรับประทานอาหารโดยจัดให้นอนศีรษะสูงพอประมาณ 2. เตรียมเตียงในการป้อนน้ำหรืออาหารหรือหมุนหัวเตียงให้สูงพอประมาณหรือใช้หมอนรองศีรษะให้สูงพอประมาณ 3. เฝ้าระวังอาการสำลักอาหาร-น้ำ ขณะป้อนและป้อนอาหาร-น้ำ ไม่เร็วเกินไป ตักพอดีคำ และสังเกตการกลืนทุกครั้ง การประเมินผล 1. ผู้ป่วยรายที่ 1 ไม่เกิดภาวะ Aspiration สามารถรับประทานอาหารและดื่มน้ำได้ 2. ผู้ป่วยรายที่ 2 ไม่เกิดภาวะ Aspiration สามารถรับประทานอาหารและดื่มน้ำได้
ข้อวินิจฉัยที่ 8. ผู้ป่วยมีภาวะตับบกพร่องจากการดื่มสุราเป็นเวลานาน ผู้ป่วยรายที่ 1 แรกรับ ผลการตรวจ SGOT = 31 U/L SGPT = 34 U/L Alkaline phosphatase = 57 ผู้ป่วยรายที่ 2 แรกรับ ผลการตรวจ SGOT = 554 U/L SGPT = 147 U/L Alkaline phosphatase = 128 เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะตับบกพร่อง		
	✓	1. ประเมินอาการคลื่นไส้เบื่ออาหารแน่นอึดอัดท้องหรืออาการคันตามผิวหนัง 2. จัดสิ่งแวดล้อมที่สงบลดเสียงรบกวนให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง 3. ประสานกับนักโภชนาการจัดอาหารที่มีพลังงานสูงไขมันต่ำและดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้ง 4. ให้สารน้ำ ตามแผนการรักษาของแพทย์ 5. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการการทำงานของตับ (SGOT SGPT Alkaline phosphatase) พร้อมรายงานให้แพทย์ทราบ 6. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงการดำเนินของโรคพร้อมใช้ข้อมูลสะท้อนกลับเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการหยุด ดื่มสุรา 7. ดูแลกิจวัตรประจำวัน เรื่อง อาหาร น้ำดื่ม ความสะอาดของร่างกาย ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมงหรือตามระดับอาการขาดสุราและสังเกตอาการอย่างต่อเนื่อง การประเมินผล 1. ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ลดลง รับประทานอาหารได้มากขึ้น ไม่แน่นอึดอัดท้อง 2. ผลการตรวจ SGOT = 304 U/L SGPT = 107 U/L Alkaline phosphatase = 109
ข้อวินิจฉัยที่ 9. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกเนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำ ผู้ป่วยรายที่ 1 แรกรับ ผลการตรวจ PLT Count = 257,000 cell/mm ³ ผู้ป่วยรายที่ 2 แรกรับ ผลการตรวจ PLT Count = 72,000 cell/mm ³ เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุ ไม่เกิดภาวะเลือดออกตามอวัยวะของร่างกาย		
	✓	1. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ระวังการเกิดอุบัติเหตุ 2. ประเมินอาการ วิงเวียนหน้ามืด เป็นลม 3. จัดให้ผู้ป่วยพักผ่อนที่เตียงลดการเคลื่อนไหวป้องกันการเกิดอุบัติเหตุที่จะทำให้เกิดเลือดออกและหยุดยาก 4. หากผู้ป่วยฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อหลังฉีดต้องกดด้วยสำลีนาน 7-10 นาทีหรือจนกว่าจะแน่ใจว่าเลือดหยุดไหล ห้ามนวด คลึงหากผู้ป่วยเกล็ดเลือดต่ำมากต้องรายงานแพทย์ 5. ติดตามผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการจนกว่าระดับเกล็ดเลือดปกติและรายงานแพทย์ทุกครั้ง 6. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงการดำเนินของโรค สะท้อนกลับข้อมูลเชิงใจเพื่อหยุดดื่มสุรา



ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล

กรณีศึกษา		กิจกรรมการพยาบาล
รายที่ 1	รายที่ 2	
		การประเมินผล - ผู้ป่วยรายที่ 2 ปลอดภัย ผลการตรวจ PLT Count = 80,000 cell/mm3
ข้อวินิจฉัยที่ 10. ผู้ป่วยรู้สึกไร้ค่าแยกตัวไม่ค่อยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ผู้ป่วยรายที่ 1 แรกได้รับ 2 Q ไม่สามารถประเมินได้ เพราะผู้ป่วยพูดคุยคนเดียว ผู้ป่วยรายที่ 2 ประเมินเมื่ออาการสงบ 2 Q = Positive เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง		
	✓	1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจ 2. ประเมินอาการทางจิตที่อาจเกิดร่วมกับการหยุดสุรา ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าวิตกกังวล พบว่า มีผลประเมิน 2 Q = Positive และประเมิน 9 Q = 12 คะแนน มีอาการซึมเศร้า ระดับน้อย 8 Q = 1 คะแนน มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันน้อย พยาบาลดูแลใกล้ชิด สามารถมองเห็นพฤติกรรมได้ตลอดเวลา เก็บวัสดุอุปกรณ์ที่สามารถนำมาใช้ทำร้ายตนเอง เมื่อพบความผิดปกติ พิจารณารายงานแพทย์ ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียงของยา 3. ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย อาการที่ผู้ป่วยแสดงออก โดย สังเกตและการสัมภาษณ์ พร้อมทั้งบันทึกพฤติกรรม เปิดโอกาสให้ผู้บรรยายปัญหาความคับข้องใจ ภาวะหวาดระแวงที่ยังมีอยู่ด้วยความเข้าใจ ฟังอย่างตั้งใจ สะท้อนความรู้สึกและค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมและให้ข้อมูลตามความเป็นจริงเกี่ยวกับ วัน เวลาสถานที่ บุคคล (Re-orientation) การประเมินผล 1. ผู้ป่วยรายที่ 2 เกิดความไว้วางใจเล่าระบายความรู้สึก สิ้นสุดขึ้นขึ้น ภาวะซึมเศร้าลดลงไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย ความวิตกกังวลลดลง ประเมิน 2 Q = negative
ข้อวินิจฉัยที่ 11. เสี่ยงต่อการกลับไปดื่มสุราและติดยาเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการหยุดดื่มสุรา เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยเกิดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการหยุดดื่มสุรา		
✓	✓	1. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการหยุดดื่มสุราของผู้ป่วย 2. แนะนำการเลิกสุราที่ถูกต้อง ต้องตั้งใจเลิกเด็ดขาด เมื่อผู้ป่วยมีประวัติการดื่มสุรายาวนานจนเกิดภาวะติดสุรา เมื่อหยุดดื่มได้แล้วและหวนกลับไปดื่มอีกสุราจะกระตุ้นสมองส่วนอยากทำให้เกิดการดื่มแบบติดลม ควบคุมปริมาณการดื่มไม่ได้จะทำให้ติดสุราซ้ำโดยง่าย 3. สะท้อนคิด แนะนำหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นที่นำไปสู่การดื่มสุรา เช่น การไปงานบุญ ประเพณี งานเลี้ยงที่มีสุรา ปฏิเสธให้สำเร็จเมื่อถูกชักชวนหรือมีญาติไปด้วยเพื่อดูแลไม่ให้กลับไปดื่มซ้ำ 4. ควรหากิจกรรมทำ เพราะการว่างงานจะทำให้นึกถึงสุราและมีโอกาสกลับไปดื่มซ้ำอีก 5. เมื่อถึงมืออาหารควรรับประทานอาหารให้อิ่มเพื่อป้องกันการเกิดอาการอยากดื่มสุรา 6. แนะนำผลกระทบที่เกิดจากการติดสุรา เป้าหมาย ทางออกของชีวิต 7. ติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดย การเยี่ยมบ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 1 เดือน การประเมินผล 1. ญาติผู้ป่วยรายที่ 1 มีความรู้ ความเข้าใจปรับพฤติกรรมผู้ป่วยให้ลดการดื่มสุรา ดูแลรับยาแทนผู้ป่วยและกระตุ้นให้มีกิจกรรม “เข็นรถกับข้าวให้มารดาไปขายที่ตลาดกลางบ้าน” 2. ผู้ป่วยรายที่ 2 มีความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของการดื่มสุราตัดสินใจ “หยุดดื่มสุรา”
ข้อวินิจฉัยที่ 12. ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจเลิกดื่มสุราลดปริมาณการดื่มสุราหรือหยุดดื่มสุรา		
✓	✓	1. ประเมิน ความเชื่อทัศนคติ สาเหตุการดื่มสุราของผู้ป่วย 2. ประเมินแรงจูงใจ (Stage of Change) เนื่องจากผู้ป่วยติดสุรา ไม่มีแรงจูงใจในการหยุดสุรา ไม่คิดว่าตนเองติดสุราหรือไม่คิดว่าการใช้สุรานั้นเป็นปัญหาอาจไม่ให้ความร่วมมือหยุดดื่มสุรา 3. ให้คำแนะนำแบบสั้น Brief advice (BA) ให้คำปรึกษาแบบสั้น Brief Intervention (BI) อภิปรายร่วมกันถึงวิธีการ ที่จะสามารถนำมาแก้ไขปัญหปัจจุบันแต่ไม่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย 4. ให้ผู้ป่วย ญาติเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้ เน้นให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย 5. สนับสนุนและชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำงานสำเร็จ สร้างความมีคุณค่าในตัวของผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการตำหนิ ให้ความสนใจ

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล

กรณีศึกษา		กิจกรรมการพยาบาล
รายที่ 1	รายที่ 2	
		ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ 6. ติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดย การเยี่ยมบ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 1 เดือน การประเมินผล 1. ผู้ป่วยรายที่ 1 ญาติสนับสนุนการเลิกดื่มสุราของผู้ป่วยและรับยาให้ผู้ป่วยต่อเนื่อง 2. ผู้ป่วยรายที่ 2 ระดับแรงจูงใจเพิ่มจากหลังเล เป็นระดับตัดสินใจจะเลิกสุรา เพื่ออนาคตตนเอง

สรุป

ผู้ป่วยรายที่ 1 ชายไทย โสัด อายุ 46 ปี พุดบ่นคนเดียว หนีหายจากบ้าน ดื่มสุราถี่ขึ้น เริ่มมีอาการพุดจาสับสน ถืออาวูธ จะทำร้ายร่างกายผู้อื่นญาติให้ตำรวจนำส่งโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัย F1007 Mental and behavioral disorders due to use of alcohol-Alcohol acute intoxication รับการรักษา 2 วัน ขณะนอนรับการรักษาเอะอะ โวยวาย รบกวนผู้ป่วยอื่น ให้ยาแล้วอาการเริ่มสงบแต่เกินศักยภาพการดูแลจึงส่งต่อเพื่อการวินิจฉัย รักษาพยาบาลและได้รับการส่งกลับให้ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเป็นลำดับ ลดการดื่มสุราสามารถใช้ชีวิต เช่น คนปกติทั่วไป หวาดระแวง ไม่ไว้วางใจญาติ รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ แต่ญาติยังคงรับยาแทนอย่างต่อเนื่อง

ผู้ป่วยรายที่ 2 หญิงไทย อายุ 41 ปี พุดบ่นคนเดียว คำพุดก้าวร้าว รุนแรง ตาขวางตลอดเวลา ดื่มสุราประจำเพื่อให้นอนหลับได้ แพทย์วินิจฉัย F1000 Alcohol, Acute intoxication, Uncomplicated เข้ารับการรักษา 3 วัน พบภาวะเกล็ดเลือดต่ำ

ตัวอีกเสบและพรองโพแทสเซียม หลังรักษาพยาบาลผู้ป่วยปลอดภัย อาการดีขึ้นได้รับการติดตามต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ป่วยนอนหลับรับประทานยาต่อเนื่อง หยุดดื่มสุราและสามารถใช้ชีวิต เช่น บุคคลทั่วไปได้

อภิปรายและข้อเสนอแนะ

สาเหตุของการเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตมาจากปัจจัยทางชีววิทยา จิตใจและสิ่งแวดล้อม ส่วนพฤติกรรมกระตุ้นสุรานั้นผลกระทบต่อร่างกายในเพศหญิง มากกว่าเพศชาย เนื่องจากร่างกายและสรีรวิทยาของเพศหญิงเล็ก ขนาดของตับเล็ก ส่งผลให้การกำจัดแอลกอฮอล์ออกจากร่างกายน้อยกว่าผู้ชายและการมีปริมาณไขมันสะสมในร่างกายสูง ทำให้ร่างกายสะสมแอลกอฮอล์ในเลือดสูงกว่าผู้ชาย การเข้าถึงบริการและได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ ร่วมกับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านด้วยองค์ประกอบของทีมหมอครอบครัว ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจ มีส่วนร่วมสร้างแรงจูงใจ ตัดสินใจรักษาต่อเนื่องสามารถลด หรือ หยุดดื่มสุราได้

เอกสารอ้างอิง

1. สวัสดิ์ อัจฉนงค์กรชัย. (2557). ปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรา ความสำคัญและการดูแลรักษาในประเทศไทย. (น. 5-10). กรุงเทพฯ: สหมิตรการพิมพ์.
2. กระทรวงสาธารณสุข. กรมสุขภาพจิต. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. กลุ่มงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ. (ม.ป.ป.). สารสำคัญ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 [แผ่นพับ]. จาก <https://dmh-elibrary.org/items/show/192#?c=&m=&s=&cv=>
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. (2565). Health data center: HDC. สืบค้น 1 กันยายน 2565. จาก <https://nma.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>
4. กระทรวงสาธารณสุข. กรมการแพทย์. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (2558). แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะขาดสุรา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



5. มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. กรุงเทพฯ: บริษัท ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์จำกัด.
6. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. คณะแพทยศาสตร์. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. (2565). แบบแผนและแนวโน้มพฤติกรรมการดื่มสุราของประชากรไทย. [เอกสารวิชาการ 2565-1].
7. เปรมฤดี ดำรักษ์และปรียา ทองประไพ. (2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านให้ได้รับประทานยา ตามเกณฑ์การรักษาในชุมชนแห่งหนึ่งจังหวัดยะลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. ปีที่ 6(ฉบับพิเศษ). 29-42. 2561-2270 (online).
8. มหาวิทยาลัยมหิดล. คณะแพทยศาสตร์. โรงพยาบาลรามธิบดี. (2565). กลุ่มอาการเนื่องจากการขาดสุราและการรักษาในปัจจุบัน (Alcohol withdrawal syndromes). สืบค้น 13 กันยายน 2565.
<https://www.rama.mahidol.ac.th/ramamental/psychiatristknowledge/generalpsychiatrist/08062014-0911>