

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคจิตจากสุราที่บ้าน : กรณีศึกษา

Nursing home care of Alcohol induced psychosis patients : a case study

นงการ รวงแดง

Nongkan Rangdang

นุสราน นามเดช

Nudsara namdet

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี

Boromarajonani College of Nursing, Saraburi

Received : November 22, 2022 Revised : December 21, 2022 Accepted : February 6, 2023

บทคัดย่อ

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคจิตจากสุรา (Alcohol induced psychosis) ที่บ้าน เป็นบทบาทที่ทำนายสำหรับพยาบาลจิตเวชเนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะโรคจิตจากสุรา ส่วนใหญ่ มักมีการกลับไปดื่มสุราซ้ำและขาดการรับประทานยาต่อเนื่อง เมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล ส่งผลให้อาการทางจิตกำเริบและประสิทธิภาพการรักษาลดลง ส่วนโรงพยาบาลทางกายมีการนำแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยมาใช้ค่อนข้างน้อย ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการติดตามประเมินผล บทความนี้จะเน้นถึงการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตจากสุราโดยใช้กระบวนการพยาบาลจิตเวช ร่วมกับการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน เน้นการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูผู้ป่วยเชิงรุก หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายกลับสู่ชุมชนแล้ว ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีประวัติขาดนัด ขาดการรับประทานยา และมีอาการทางจิตกำเริบจากการใช้สุรา ดังนั้นการให้สุขภาพจิตศึกษา การจัดการอาการหว่ว และการเสริมแรงจิตใจในการเลิกสุรา จึงเป็นกิจกรรมที่สำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยมีการตระหนักรู้ในการดูแลตนเอง มีแรงใจในการเลิกสุรา ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา และเข้ารับการบำบัดดูแลอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : การพยาบาลที่บ้าน, ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคจิตจากสุรา, กรณีศึกษา

Abstract

Caring of patients with alcohol induced psychosis is a challenging role for psychiatric nurses. The most alcohol-related psychosis patients returned to alcohol drinking and non-compliance for medicine after discharge from hospital. As a result, the effectiveness of treatments was reduced recurrence with mental illnesses. Moreover, the guidelines for alcohol dependence were few used in physical hospitals then patients with alcohol induced psychosis lacked of continuity in monitoring. This article focused on the nursing process for patients with alcohol induced psychosis and visited the patients in the community. The main goals were focused on active promotion, prevention, treatment, and rehabilitation. The most patients lost an appointment and non compliance after discharging and recurrence with alcohol induced psychosis. Therefore, the intervention such as health education, hallucination management, and motivation interviewing for stopping alcohol use were important for develop their self-awareness, inspiration, compliance therapy, and continuing care.

Keywords : Nursing home care, Alcohol induced psychosis, case study

บทนำ

จากการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 6.99 ล้านคน เป็นนักดื่มประจำ คิดเป็นความชุกของการดื่มประจำเท่ากับร้อยละ 12.26 และมีแนวโน้มติดสุราสูง⁽¹⁾ สุราเป็นสารเสพติดที่ออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง มีผลต่อการทำงานของสารสื่อประสาทโดปามีนในสมองผิดปกติ เมื่อใช้ไประยะเวลานานมีผลทำให้เกิดโรคจิต เรียกว่า โรคจิตจากสุรา (Alcohol induced psychotic disorder) มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน โดยจะพบอาการประสาทหลอนได้บ่อยกว่าอาการหลงผิด ได้แก่ อาการหูแว่ว (Auditory hallucination) และเห็นภาพหลอน (Visual hallucination) ลักษณะอาการที่พบได้บ่อย คือ หูแว่วได้ยินเสียงคนพูดว่าร้าย ส่งผลให้ผู้ป่วยตอบสนองกับสิ่งที่รับรู้ผิดปกติ เช่น เกิดความหวาดกลัว ตื่นตระหนก เป็นต้น นอกจากนี้อาจมีความคิดและพฤติกรรมที่ไม่อยู่ในความเป็นจริง หลงผิดมีความคิดว่าถูกคนปองร้าย มีผลให้ทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่นตามมา^(2,3) โดยอาการมักจะเริ่มเกิดในช่วง 1 เดือนของการดื่มหรือการหยุดดื่มแต่อาการอาจคงอยู่นานได้หลายสัปดาห์ถึงหลายเดือนหลังหยุดดื่ม แต่ไม่ควรเกิน 6 เดือน โดยไม่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตจากสาเหตุอื่นมาก่อน และไม่มีอยู่ในช่วงของอาการถอนพิษสุรา (Withdrawal syndrome) อาการทางจิตที่เกิดขึ้นดังกล่าวจะสัมพันธ์กับการดื่มสุรา หากหยุดดื่มสุราได้อาการทางจิตจะทุเลาและหายไป และอาการจะกำเริบขึ้นอีกหากผู้ป่วยหวนกลับไปดื่มสุรา⁽⁴⁻⁶⁾ ผู้ที่มีภาวะโรคจิตจากสุราจัดอยู่ในกลุ่มโรคจิตเวชที่มีการพยากรณ์ของโรคไม่ดี โดยเฉพาะเมื่อจำหน่ายกลับไปอยู่ในชุมชน มักจะไม่รับประทานยา และมักกลับไปดื่มสุราซ้ำ จึงมีผลให้ไม่สามารถควบคุมอาการทางจิตได้

ปัจจัยสาเหตุการเกิดโรคจิตจากสุรา เมื่อดื่มสุราในระยะเวลาอันสั้นก็ทำให้เกิดความผิดปกติของสารสื่อประสาทและโครงสร้างภายในสมอง ทำให้เป็นสาเหตุเกิดโรคจิตได้ กลไกการติดสุราเกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาท

โดปามีน (Dopamine) และซีโรโทนิน (Serotonin) หลังมากขึ้น เกิดแรงเสริมทางบวก ทำให้ผู้ดื่มชื่นชอบ ร่าเริง และผ่อนคลาย จึงทำให้รู้สึกอยากดื่มเป็นประจำจนในที่สุดไม่สามารถควบคุมการดื่มของตนเองได้ ถึงแม้ว่าจะได้รับผลกระทบหลายด้านก็ตาม⁽⁷⁾ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่ได้สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาเนื่องจากคิดว่าตนไม่ได้ติดสุรา แต่เป็นญาติและครอบครัวที่คอยกระตุ้นและพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล และมักมาด้วยโรคทางกายนำมาก่อน เช่น ตับอ่อนอักเสบ เลือดออกในกระเพาะอาหาร อุบัติเหตุและอาการถอนพิษสุราที่รุนแรง เมื่อรักษาอาการทางกายแล้ว หากไม่ได้รับการบำบัดสุรา ผู้ป่วยมักหวนกลับไปใช้สุราซ้ำ เมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นนำไปสู่อาการอยากดื่ม (Craving) ได้ซึ่งมีผลต่อการร่วมมือในการบำบัดรักษาต่อเนื่อง

การบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะโรคจิตจากสุรา ประกอบด้วยการบำบัดอาการทางจิตร่วมกับการใช้กระบวนการบำบัด แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนเตรียมการก่อนรักษา เช่น ชักประวัติข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการใช้สุรา ประเมินสภาพร่างกาย และอาการทางจิตที่เกิดขึ้น 2) ขั้นตอนพิษยา ระยะเวลา 7-14 วัน 3) ขั้นตอนฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญมาก ใช้เวลาฟื้นฟูสมรรถภาพนาน 4 เดือน และ 4) ขั้นตอนติดตามการรักษารักษาติดตามหลังรักษาใช้เวลา 1 ปี การติดตามประกอบด้วยการโทรศัพท์เยี่ยม การนัดหมายที่สถานบำบัด การเยี่ยมบ้าน เป็นต้น^(8,9) บริบทของการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลฝ่ายกาย เน้นการบำบัดสุราที่แผนกผู้ป่วยนอก หากผู้ป่วยที่มีภาวะโรคจิตจากสุราไม่มีแรงจูงใจในการเลิกสุรามากพอ มักไม่มารับการบำบัดตามนัดหมาย ช่องว่างที่สำคัญที่สุดคือ การขาดการติดตามผู้ป่วยให้รับการรักษาต่อเนื่อง ทำอย่างไรจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและปลอดภัย ดังนั้นการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านจึงมีความสำคัญในการพยาบาลเชิงรุกสอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข เน้นการบำบัดฟื้นฟู

ผู้ป่วยสุราในชุมชน^(2,10) จากประสบการณ์พยาบาลชุมชนที่ติดตามเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยในพื้นที่พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีอาการทางจิตกำเริบบ่อยที่สุด คือผู้ป่วยจิตเวชที่มีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย บทบาทของพยาบาลจิตเวชคือ การให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาล ผ่านองค์ความรู้และหลักการของการให้การปรึกษามาผนวกกับความรู้เกี่ยวกับผู้ที่มีความเสี่ยงโรคจิตจากสุรา การบำบัดรักษาและฟื้นฟู และการสร้างแรงจูงใจในการหยุดหรือเลิกใช้สุรา เนื่องจากแรงจูงใจเป็นตัวแปรสำคัญในการเปลี่ยนแปลงและเป็นแรงผลักดันให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ตามเป้าหมาย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ที่มีความเสี่ยงโรคจิตจากสุรา ร่วมมือในการรับประทานยาและการรักษาอย่างต่อเนื่อง

กรณีศึกษา

การศึกษาในกรณีศึกษาครั้งนี้ ได้นำเสนอผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย 2) การวางแผนการพยาบาล และ 3) การวิเคราะห์ห้วงการณ์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย

ข้อมูลทั่วไป กรณีศึกษาชายไทย อายุ 34 ปีรูปร่างสมส่วน สถานภาพสมรส โสด สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับ ปวส. อาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีมนุษย์สัมพันธ์ดี ใจเย็น เป็นลูกคนเดียว อาศัยอยู่กับมารดา บิดาแยกทางกับมารดาตั้งแต่ผู้ป่วยยังเด็ก บิดามีประวัติรักษาโรคพิษสุราเรื้อรัง

การวินิจฉัยโรค

F 10.5 Mental and behavioral disorders due to use of alcohol at Psychotic disorder แปลว่า ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยา กลุ่มอาการผิดปกติแบบโรคจิต

อาการสำคัญ

ทะเลาะกับคนข้างบ้าน พุดคนเดียว ไม่นอน 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

10 ปีก่อน เข้ารับการรักษาด้วยอาการตับอ่อนอักเสบ (Pancreatitis) รักษาโรงพยาบาล ขณะนอนโรงพยาบาลมีอาการถอนพิษสุรา ได้รับการที่คลินิกสุขภาพใจ มีประวัติไม่มาตรวจตามนัดและขาดยา ไปทำงานได้ ไม่มีอาการผิดปกติ

5 ปีก่อน ต้มสุราหนักมากขึ้น (ต้มสุราขาว 45 degree วันละ 1 ขวดต่อวัน) มีพุดคนเดียว มีอาการหูแว่วได้ยินเสียงเด็กเล่นกัน มารดาพามาตรวจที่คลินิกสุขภาพใจ ได้รับการวินิจฉัยเป็น Acute psychotic disorder (F23.9) มีประวัติไม่มาตรวจตามนัดและขาดยา ยังต้มสุราตลอด

4 ปีก่อน นอนไม่หลับ มีอาการหูแว่ว พุดคนเดียว จะเดินรอบบ้านเหมือนกำลังหาอะไร มารดาพามาตรวจ ได้รับการวินิจฉัยเป็น Mental and behavioral disorder due to use of alcohol at psychotic disorder (F10.5) มาตรวจตามนัดไม่สม่ำเสมอ ยังต้มสุราตลอด ในประวัติเคยหยุดต้มสุรานานถึง 5 เดือน และหวนกลับไปต้มซ้ำจากการชักชวนของเพื่อนและดื่มอย่างต่อเนื่อง ไม่รับประทานยา รักษา มีพุดคนเดียวบ้าง

1 สัปดาห์ก่อน ทะเลาะกับเพื่อนบ้านรุนแรง ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ พุดคนเดียว ไม่นอน มารดาพามา รักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก การวินิจฉัยเป็น Mental and behavioral disorder due to use of alcohol at psychotic disorder (F10.5)

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว บิดาต้มสุราเป็นประจำ เคยมีประวัติรักษาโรคพิษสุราเรื้อรัง

การใช้ยาและสิ่งเสพติด อายุ 18 ปี ผู้ป่วยเริ่มต้มสุราให้เหตุผลว่าเพื่อนชวน มักดื่มหลังเลิกงานโดยจะดื่มกับเพื่อนร่วมงาน เป็นเหล้าขาว 35 ดีกรี ปริมาณ 1 กลม (700 มล.) ต้มจนมีอาการเมา ทำงานไม่ได้และออกจากงานเมื่อ 4 ปีก่อน

ความรู้สึกนึกคิดต่อการเจ็บป่วย ผู้ป่วยเชื่อว่า หากมีการเจ็บป่วยจะต้องไปรับการรักษาที่แพทย์ที่

โรงพยาบาล เช่น อาการหูแว่วเมื่อได้รับยาอย่างต่อเนื่อง อาการหูแว่ว หายไป ชัดแย้งกับข้อมูลผู้ป่วยไม่ได้ไปรับยา ต่อเนื่อง เพราะคิดว่าตนเองหายป่วย และไม่ได้เป็นโรคจิต

การตรวจสภาพจิต (Mental status examination)

ลักษณะที่ปรากฏและพฤติกรรม (General appearance and behavior) ชายไทย อายุ 34 ปี รูปร่างผอม สูง แต่งกายเรียบร้อยด้วยเสื้อยืดสีขาว และกางเกงขาสั้น สีดำ เสื้อผ้าสะอาด ร่างกายสะอาด มีการเคลื่อนไหวปกติ ขณะพูดคุยมีการสบตา บางครั้งหัวเราะไม่สมเหตุผล ให้ความร่วมมือดี

การพูด (speech) : พูดคุยสื่อสารเข้าใจ เรียงลำดับเหตุการณ์ได้เป็นเรื่องราวประวัติประตอถามตอบ ได้ตรงประเด็น ส่วนใหญ่ตอบคำถามสั้น ๆ มีพูดเป็นประโยคยาว ๆ บ้างเล็กน้อย

ความคิด (Thought) : มีความคิดมีความต่อเนื่อง เป็นเรื่องราว ไม่เร็วหรือช้าเกินไป คิดอยู่ในความเป็นจริง

อารมณ์ (Mood/affect) : มีสีหน้ายิ้มแย้ม ขณะสัมภาษณ์ ยิ้มแย้มเมื่อพูดถึงเรื่องที่ตนเองภูมิใจ ที่เคยเลิกสูราได้ 5 เดือน รู้สึกกังวลใจ กลัวเลิกสูราไม่สำเร็จ

การหยั่งรู้ (Insight) : ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วยทางจิต อยากเลิกสูราแต่ไม่แน่ใจว่าจะเลิกได้ กลัวเพื่อนจะมาชวนและใจอ่อนไปดื่มอีก

การรับรู้สิ่งเร้า (Perception) : มีอาการประสาทหลอนทางหู ได้ยินเสียงเหมือนเด็กเล่นกันมารดาบอกว่า มีพูดคนเดียวบ้าง

เป้าหมายในชีวิต ความรู้สึกคุณค่าในตนเอง : ผู้ป่วยมองตนเองว่าทำอะไรก็ไม่สำเร็จ และมักนำตัวเองไปเปรียบเทียบกับเพื่อนที่เรียนมาด้วยกัน

การรักษา Lorazepam 1 mg 2 tab oral hs , Amitriptyline 25 mg 2 tab oral hs , Largactil (Chlorpromazine) 100 mg 1 tab oral hs , Thiamin 1 tab oral pc

ส่วนที่ 2 การวางแผนการพยาบาล

รวบรวมข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 4 ข้อดังนี้

1. การรับรู้ไม่ตรงตามความจริงเนื่องจากมีประสาทหลอนทางหู
2. การรับรู้สุขภาพไม่ตรงกับความเป็นจริงเนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลตนเอง
3. มีโอกาสอาการทางจิตกำเริบซ้ำเนื่องจากขาดแรงจูงใจในการเลิกสูราและอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยง
4. มีความวิตกกังวลเนื่องจากการรับรู้และเห็นคุณค่าในตัวเองต่ำ

วินิจัยการพยาบาลที่ 1 : การรับรู้ไม่ตรงตามความจริงเนื่องจากมีประสาทหลอนทางหู

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า “ได้ยินเสียงเด็กเล่นกัน”

“นอนไม่ค่อยหลับ”

O : ตรวจสภาพจิต มีอาการหูแว่ว ได้ยินเสียงเด็กเล่น เสียงฟังไม่ค่อยชัด (auditory hallucination)

เป้าหมายทางการพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ตามความเป็นจริง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกวิธีการจัดการอาการหูแว่วที่ตนเองเลือกใช้ เช่น ทำกิจกรรมอื่น

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจ และเกิดความร่วมมือในการให้การพยาบาล
2. ประเมินอาการประสาทหลอนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยซักถามชนิด เวลา ความถี่ สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการและเนื้อหาของประสาทหลอน พฤติกรรมการตอบสนองต่ออาการประสาทหลอน และช่วยให้ผู้ป่วยแยกแยะว่าอาการประสาทหลอนที่เกิดขึ้นนั้นผู้ป่วยรู้สึกอย่างไร

3. ประเมินประสบการณ์หรือวิธีการจัดการกับอาการประสาทหลอนที่ผู้ป่วยเคยใช้มาก่อนว่าสามารถจัดการกับอาการประสาทหลอนได้มีประสิทธิภาพหรือไม่

4. แสดงออกถึงความเข้าใจและยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความคิดและความรู้สึกและให้ความจริงกับผู้ป่วย (Presenting reality) โดยไม่ขัดแย้งหรือตำหนิผู้ป่วย หรือมองว่าเป็นเรื่องซับซ้อน

5. หากประเมินพบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการหูแว่ว ให้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายเกี่ยวกับอาการหูแว่วแล้วรับฟังด้วยท่าที่สงบไม่ต่อต้านหรือตำหนิสิ่งที่ผู้ป่วยได้ยิน แต่ไม่แสดงท่าทีเห็นด้วยกับอาการหูแว่วที่ผู้ป่วยได้ยิน

6. หากประเมินพบว่าผู้ป่วยมีท่าทีหวาดกลัวต่อเสียงหูแว่ว/ภาพหลอน แต่สามารถควบคุมตนเองได้ให้มารดาอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย เพื่อคลายความกลัวความวิตกกังวล หลีกเลี่ยงการเกิดอาการประสาทหลอน และลดอาการหมกมุ่นเกี่ยวกับอาการประสาทหลอน เช่น ชวนผู้ป่วยพูดคุย มอบหมายกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ เช่น รดน้ำต้นไม้ ทำความสะอาดบ้าน

7. ให้ข้อมูลที่เป็นจริงกับผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการหูแว่ว ด้วยท่าที่มั่นคง สุภาพ เป็นมิตร ไม่ตำหนิ และไม่ควรรแสดงท่าทีเห็นด้วยกับเสียงที่ผู้ป่วยได้ยิน เช่น ถ้าผู้ป่วยถามว่าได้ยินเช่นเดียวกับผู้ป่วยหรือไม่ “ฉันคิดว่าเสียงที่คุณได้ยินเป็นเสียงจริงสำหรับคุณ แต่ฉันไม่ได้ยินเสียงที่คุณได้ยิน”

8. สอนเทคนิคการจัดการกับอาการหูแว่ว ดังนี้

- การเตือนตัวเอง โดยใช้ผู้ป่วยเขียนบันทึกอาการหูแว่ว อ่านออกเสียงดังและสรุป ช่วยทำให้ระยะความดังและความชัดเจนของเสียงแว่วลดลง

- การพูดคุยกับบุคคลอื่นในเรื่องที่ไม่ใช่เรื่องหูแว่ว เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากอาการหูแว่ว ดูโทรทัศน์ ควรประเมินผู้ป่วยก่อนเลือกใช้วิธีนี้ เพื่อเลือกเนื้อหาของสื่อที่ไม่กระตุ้นอารมณ์และอาการหูแว่ว

- เพิกเฉยไม่สนใจเสียงหูแว่วที่ได้ยิน

9. ดูแลให้ยารักษาอาการทางจิตตามแผนการรักษา ได้แก่ Chlorpromazine 100 mg 1 tab oral hs และสังเกตผลข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต เช่น หน้ำมืด ขณะเปลี่ยนท่า ปากแห้ง เป็นต้น

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีอาการหูแว่วลดลง ได้ยินเสียงหูแว่วห่างขึ้น นอนหลับตอนกลางคืนได้จากสมุดบันทึกอาการหูแว่วของผู้ป่วยความถี่ของอาการหูแว่วลดลง

2. ผู้ป่วยมีวิธีการจัดการอาการหูแว่วที่ตนเองเลือกใช้ เช่น ทำความสะอาดบ้าน ช่วยมารดาทำงานบ้าน

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 : การรับรู้สุขภาพไม่ตรงกับความเป็นจริงเนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลตนเอง

ข้อมูลสนับสนุน

S : “ไม่มีอาการแล้ว ไม่กินยาได้ไหม”

: “ยานอนหลับทั้งนั้น ไม่น่าเกี่ยวกับอาการปวดท้อง” “ตอนนี้ผมไม่ปวดแล้ว”

O : ไม่ยอมรับว่าตนป่วย

: ยาแก้ไอเสบ ยังเหลือในซองยา, พบยาต้านโรคจิต Largactil (Chlorpromazine) ยังไม่ได้รับประทาน

: มารดาให้ประวัติว่า ผู้ป่วยรับประทานยาตอนกลับจากโรงพยาบาล 2-3 วันแรกหลังจากนั้นก็มารับประทานยา

: ประวัติการเจ็บป่วยซ้ำด้วยตับอ่อนอักเสบ และขาดน้ำบาดสุรา

เป้าหมายการพยาบาล

ระยะสั้น : ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองเรื่องโรคจิตจากสุรา การรับประทานยา

ระยะยาว : ผู้ป่วยยอมรับอาการเจ็บป่วย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่ายาที่รับประทานส่งผลดีต่ออาการของตนเองอย่างไร

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

2. ชักชวนผู้ป่วยให้พูดคุย ระบายความรู้สึก ระบายความไม่สบายใจ ในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว ไม่มีบุคคลอื่นรบกวน

3. จัดกิจกรรมที่สนับสนุนสัมพันธภาพแบบหนึ่งต่อหนึ่งกับพยาบาลหรือผู้รักษา และควรแสดงความจริงใจ แสดงความเป็นมิตร หรือมีทัศนคติที่ดีกับผู้ป่วย ในสถานการณ์ที่เป็นจริง

4. ให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคจิตจากสุรา พูดเชื่อมโยงว่ายาที่รักษามีส่วนช่วยให้ลดอาการทางจิตได้อย่างไร และการดื่มสุรามีผลกระทบต่อสุขภาพจิตและการเจ็บป่วยด้านร่างกายอย่างไร

5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยร่วมกันกล่าวสรุปกิจกรรมที่ได้ทำไปทั้งหมด และเน้นย้ำให้เห็นถึงความสำคัญในการยอมรับและการดูแลตนเองขณะเจ็บป่วยให้มากที่สุด

6. ชื่นชมและให้กำลังใจผู้ป่วยเป็นระยะ เมื่อผู้ป่วยตอบคำถามและร่วมทำกิจกรรมกับพยาบาลได้สำเร็จ

7. ให้ข้อมูลเพิ่มเติมผู้ป่วยและญาติหากต้องการปรึกษาหรือเข้ารับการบำบัดสุรา แจ้งพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เน้นย้ำเรื่องการรักษา ให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่าตนเองป่วยเป็นโรคจิตจากสุรา อาการจะดีขึ้นถ้ารับประทานยาครบและหยุดดื่มสุราได้

2. ผู้ป่วยเข้าใจว่ายาสามารถควบคุมอาการทางจิต และบอกอาการข้างเคียงพร้อมวิธีแก้ไขได้ถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 3. มีโอกาสอาการทางจิตกำเริบซ้ำเนื่องจากขาดแรงจูงใจในการเลิกสุราและอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยง

ข้อมูลสนับสนุน

S : “ตัวผมเองมีความอยากเองว่าจะเลิกก็เลิกไม่ได้” “อดปฏิเสธเพื่อนไม่ได้สักที”

“แค่เห็นน้ำแข็งในแก้วก็นึกถึงแล้ว” “มานั่งตรงนี้ที่ไร น้ำลายสอ”

O : มารดาให้ประวัติว่าผู้ป่วยเคยเลิกดื่มสุราได้ 5 เดือน สามารถทำงานได้ปกติ สุขภาพร่างกายแข็งแรง

เป้าหมายการพยาบาล

ระยะสั้น : ผู้ป่วยยอมรับว่าติดสุราและพร้อมที่จะเข้าสู่การฟื้นฟูสมรรถภาพ

: มีแรงจูงใจและความตั้งใจมุ่งมั่นที่จะเลิกดื่มสุรา

ระยะยาว : ลดความรุนแรงของการกลับเป็นซ้ำทั้งโรคทางกายและทางด้านจิตใจ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สำรวจทัศนคติต่อการดื่มสุรา การรับประทานยาต่อเนื่อง เพื่อหาแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่มสุรา ปัญหาการดื่มสุรามีผลกระทบอย่างไรจะเกิดโทษอย่างไรต่อผู้ป่วย และสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบันส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนอย่างไร เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักมากขึ้น

2. ดูแลให้สุขภาพจิตศึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวข้องกับผลกระทบและโทษของการดื่มสุรา แนวทางในการบำบัดรักษา วิธีการลด ละเลิก เพื่อสร้างแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุราแก่ผู้ป่วย

3. ประเมินความตั้งใจลด ละ เลิกดื่มสุราและให้ประเมินตนเองถึงความมั่นใจ โดยถามผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยบอกเป็นระดับคะแนน 1-10 ถึงความมั่นใจในการเลิกสุรา และให้การรักษาต่อเนื่อง พร้อมทั้งประเมินความเสี่ยงในการกลับไปดื่มสุราซ้ำ

4. แนะนำการเลิกสูราที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วย ให้กำลังใจผู้ป่วยในการเลิกสูราให้สำเร็จต้องตั้งใจ การหวนกลับไปสู่อีก สูราจะกระตุ้นสมองส่วนอยากทำให้เกิดการติ่มแบบติดลมและไม่สามารถควบคุมปริมาณการติ่มได้ จะทำให้ติดสูราซ้ำโดยง่าย

5. แนะนำการหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นที่นำไปสู่การติ่มสูรา เช่น การพบเพื่อนที่ใช้สูราด้วยกัน การปรับสิ่งแวดล้อมบ้านใหม่ เพื่อลดความอยากติ่มสูราของผู้ป่วย ควรหากิจกรรมทำไม่ให้ว่างงานเพราะการว่างงานจะทำให้นึกถึงสูรา และมีโอกาสหันกลับไปสู่อีก

6. ชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถยอมรับการเจ็บป่วยและบอกถึงความตั้งใจที่จะเลิกสูราในอนาคตได้ เพื่อเป็นการเสริมแรงบวกให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจเกิดความมั่นใจในการทำพฤติกรรมที่ดีต่อเนื่อง

7. นัดผู้ป่วยและญาติ เพื่อติดตามประเมินอาการผู้ป่วยให้ปฏิบัติต่อเนื่อง

การประเมินผล

ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญในการเจ็บป่วยมากขึ้น และพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองในการเลิกสูรา แต่ผู้ป่วยยังมีสีหน้าวิตกกังวล ผู้ป่วยยังมีความกังวลใจว่าจะไม่สามารถควบคุมการติ่มของตนเองได้ ทัศนศึกษาเข้ารับการบำบัดเลิกสูราต่อเนื่อง ติดตามการประเมินผลระยะยาว การเลิกสูราในระยะเวลา 2 เดือนยังมีเสี่ยงที่จะมาติ่มสูราซ้ำ

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 : รู้สึกด้อยคุณค่าในตนเองเนื่องจากรับรู้ตนเองไม่มีความสามารถ

ข้อมูลสนับสนุน

S : “เมื่อก่อนอาจจะทำได้ครับแต่ตอนนี้ไม่รู้ว่าจะไปทำอะไร ตอนนี้ไม่ได้ทำงาน แม่บอกว่าให้ไปสมัครโรงงานทำลูกชิ้น ”

“ผมชอบทำตัวแหย่ๆ ครับ ทำอะไรก็ผิดพลาดไปหมด จะเลิกก็เลิกไม่ได้สักที”

“เราไม่ถนัดอะไรเลย คนอื่นเค้าเก่งกว่าเราไปหมด ” “ไม่มีอะไรดี บางครั้งเหมือนอยู่ไปวันๆ”

O : ผู้ป่วยไม่มั่นใจที่จะไปออกไปทำงาน กลัวว่าจะทำไม่ได้มารดาตั้งใจว่าถ้าลูกอาการดีขึ้นจะให้ไปทำโรงงานทำลูกชิ้น

เป้าหมายทางการพยาบาล

ระยะสั้น : ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกว่าคุณค่ามากขึ้น โดยสามารถบอกเป้าหมายในชีวิตได้ว่าหลังอาการดีขึ้น วางแผนกับตัวเองว่าจะทำอะไร

ระยะยาว : ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองมากขึ้น มองเห็นข้อดีของตนเองและสามารถทำตามเป้าหมายในชีวิตของตนเองได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตนเอง กล้าแสดงออกมากขึ้น

2. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงข้อดีของตนเองได้ ไม่มองว่าตนเองด้อยกว่าผู้อื่น

กิจกรรมการพยาบาล.

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย แนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์และระยะเวลาในการดูแล โดยพบปะผู้ป่วยบ่อยครั้งแต่ระยะเวลานั้น ให้มีความสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจโดยความไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อพยาบาลจะนำไปสู่ความร่วมมือที่ดีในการให้การพยาบาล

2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุย ระบายความรู้สึก ความไม่สบายใจ ในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัวไม่มีบุคคลอื่นรบกวน เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ความคับข้องใจช่วยลดความรู้สึกด้านลบและสิ่งรบกวนจิตใจ

3. ให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดที่ไม่ยากเกินไป ซึ่งผู้ป่วยสามารถทำได้สำเร็จ ให้แรงเสริมทางบวกตามความเป็นจริง เพื่อส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเองของผู้ป่วย

4. ให้คำชมเชยเมื่อผู้ป่วยพยายามปฏิบัติตามคำแนะนำและสามารถปฏิบัติได้สำเร็จ

5. สะท้อนให้ผู้ป่วยคิดพิจารณาและยอมรับข้อดีของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเอง

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถบอกข้อดีของตนเองได้ ผู้ป่วยบอกว่า “ผมเคยพยายามลดสุราและสำเร็จมาครั้งหนึ่ง”
2. ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตนเอง กล้าแสดงออกมากขึ้นขณะร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ กับเพื่อน

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์วิจารณ์

การวิเคราะห์วิจารณ์

การให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคจิตจากสุราที่บ้าน พยาบาลจำเป็นต้องเข้าใจบริบทของชุมชนและสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยว่ามีความเสี่ยงมากน้อยแค่ไหน เนื่องจากสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งสำคัญมากที่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปใช้สุราซ้ำ ส่งผลให้การรับรู้สุขภาพไม่ตรงกับความเป็นจริง และขาดการรับประทานยา นอกจากนี้พยาบาลต้องสามารถประเมินแรงจูงใจในการเลิกสุราของผู้ป่วย และใช้ข้อมูลนั้นในการสร้างแรงจูงใจในการเลิกสุราอย่างแท้จริง ถ้ามองถึงการดำเนินโรค และระยะเวลาการใช้สุรา จะเห็นว่าผู้ป่วยมีอาการเสื่อมถอยลง แต่ยังมีศักยภาพในการดูแลตนเองอยู่ มีความตั้งใจจะเลิกสุรา ถึงแม้ว่ายังมีความรู้สึกคุณค่าใจตัวเองต่ำ ซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญในอนาคตต่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย หากเราได้ฟื้นฟูสภาพจิตใจให้เห็นคุณค่าตนเองเพิ่มขึ้นจะสามารถประคับประคองให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านจึงจำเป็น ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยอาการตับอ่อนอักเสบ (pancreatitis) แพทย์รักษาโดยการให้ยาปฏิชีวนะ เนื่องจากผู้ป่วยมีประวัติดื่มสุรา และมีอาการทางจิต เช่น มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน แพทย์วินิจฉัยโรคจิตเฉียบพลัน (Acute and transient psychotic disorder, unspecified) และ โรคจิตจากสุรา (Mental and behavioral disorder due to use of alcohol at psychotic disorder) เนื่องจากผู้ป่วยมีประวัติการกลับเป็นซ้ำด้วยโรคทางกายและทางจิตบ่อย ไม่ได้รับประทานยาตามแผนการรักษา

มีพฤติกรรมการดื่มสุราจนมีอาการทางจิต และขาดนัดเป็นประจำ ซึ่งเป็นกรณีศึกษาที่ซับซ้อนมีแนวโน้มกลับเข้ารับการรักษาซ้ำสูง จึงวางแผนการเยี่ยมผู้ป่วยและติดตามการประเมินผลของการเยี่ยม 3 ครั้ง พบว่า ผู้ป่วยสามารถหยุดดื่มสุราได้ แต่ยังไม่มีถึง 6 เดือน ไปรับการตรวจตามนัดที่คลินิกสุขภาพใจด้วยตนเอง รับประทานยาได้ด้วยตนเอง ถูกต้อง ไม่มีอาการทางจิตกำเริบ สามารถปฏิเสธเพื่อนที่มาชวนดื่มสุราได้ สิ่งที่ผู้ป่วยและญาติยังวิตกกังวลการดื่มสุราซ้ำและมีอาการทางจิตกำเริบเนื่องจากผู้ป่วยยังติดต่อกับเพื่อนกลุ่มเดิมที่มีพฤติกรรมดื่มสุรา และบริบทในชุมชนยังมีการใช้สุรากันจำนวนมาก จำเป็นต้องมีการติดตามต่อเนื่องในช่วงระยะแรก ส่วนในเรื่องการให้สุขภาพจิตศึกษา เรื่องการรับประทานยา ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการรักษา การเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกสุรา พบว่า ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่องมีความมุ่งมั่นที่จะเลิกสุราให้สำเร็จ

อภิปราย

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคจิตจากสุราที่บ้าน โดยใช้กระบวนการพยาบาลจิตเวช ร่วมกับการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะสมองติดยาจะมีความยุ่งยากซับซ้อนมากในการบำบัดรักษา เช่น การเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยโรคเดิม สาเหตุจากการกำเริบซ้ำจากพฤติกรรมการใช้สุรา จนติดและมีอาการทางจิตเวชส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน จากการเยี่ยมบ้าน พบว่า การติดตามเยี่ยมบ้านและให้ความรู้สุขภาพจิตศึกษาอาจจะยังไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยรายนี้ การบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจที่บ้านร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา ดูแลผู้ป่วยติดสุราที่บ้านน่าจะมาใช้กลับผู้ป่วยรายนี้ได้ เนื่องจากผู้ป่วยรับประทานยารักษาทางจิตเวชอาการทางจิตลดลง แต่ผู้ป่วยยังอยู่ในช่วงการติดสารเสพติดอยู่ เสี่ยงหวนกลับไปใช้สุราซ้ำสูง มีการศึกษารูปแบบการบำบัดสุราในชุมชนมากมายที่ประสบผลสำเร็จ เช่น การใช้โปรแกรมเสริมแรงจูงใจในการบำบัด

สุรา สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการลดการดื่มสุราได้ หรือการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการเสริมแรงจูงใจ จากการศึกษาของบุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ ได้ทบทวนองค์ความรู้เรื่องภาวะโรคร่วมทางจิตเวชในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการดื่มสุรา และมีภาวะติดสุราร่วมด้วยจะทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ขาดแรงจูงใจต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างแท้จริง⁽¹⁰⁾ การบำบัดแบบผสมผสานระหว่างการรักษาด้วยยาร่วมกับการทำจิตสังคมบำบัด มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยติดสุราเกิดความเข้าใจและมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้สำเร็จ แต่รูปแบบการบำบัดผู้ป่วยติดสุราส่วนใหญ่ถูกนำไปใช้ในสถานบริการเป็นหลัก มากกว่าการทำจิตบำบัดในชุมชน อาจเป็นเพราะข้อจำกัดหลาย ๆ อย่าง ความไม่พร้อมของญาติและผู้ป่วยในการเข้าถึงระบบบริการ และที่สำคัญการขาดพยาบาลจิตเวชที่มีความเชี่ยวชาญในการบำบัดผู้ป่วยในชุมชน โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ปฏิบัติการพยาบาลในชุมชนจะทราบบริบทของผู้ป่วยในชุมชน รวมถึงทราบถึงปัญหาและข้อจำกัดต่างๆ ของผู้ป่วยในพื้นที่ มีข้อมูลสนับสนุนว่า การบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ สามารถลดความพิการของผู้ป่วยได้ และการเยี่ยมบ้านสามารถลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ ระยะเวลาการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดค่ารักษาพยาบาลลงเช่นกันและผู้ป่วย⁽¹¹⁾ และญาติเกิดความพึงพอใจในการบำบัดที่บ้าน⁽¹²⁾ สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเน้นการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เหมาะกับสถานการณ์โควิดที่ลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาล พยาบาลจิตเวชชุมชน ที่ให้การพยาบาลเชิงรุกโดยการเยี่ยมบ้านและให้การบำบัดผู้ป่วยโรคจิตจากสุราต่อเนื่องที่บ้านถือว่าเป็นทางเลือกที่น่าสนใจในสถานการณ์ปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการสร้างนวัตกรรมโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคจิตจากสุราในชุมชน การติดตามประเมินผลลัพธ์ทางการแพทย์ ความคุ้มค่าคุ้มทุนในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคจิตจากสุรา สามารถบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจที่บ้านได้ในกรณีที่ไม่มีอาการถอนที่รุนแรง ควรมีการนัดติดตามผลการบำบัดทุก 1 - 2 เดือน เนื่องจากผู้ป่วยยังภาวะความอยากอยู่ (craving) มีความเสี่ยงต่อการไปใช้สุราซ้ำสูง

เอกสารอ้างอิง

1. Roadmap for the development of a system of care for people with binge drinking problems (P.O.S.) Department of Mental Health Ministry of Health Office of The Health Promotion Fund (NSF), "Screening and Rehabilitation Practices for People with Binge Drinking Problems," Mental Health Literacy Archive. Department of Mental Health, accessed 2023 January 31. Available from : <https://www.dmhelibrary.org/items/show/1212>.
2. National Statistical Office. The Smoking and Drinking Behavior Survey 2021. National Statistical Office of the National Economic and Social Development. Bangkok; 2021
3. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Guidelines for continuous monitoring of psychiatric patients with alcohol, drugs and substance abuse. Bangkok : Prosperous Plus. 2020
4. American Psychiatric Association [APA]. Diagnostic and Statistical Manual of Mental : DSM-V Disorders. (5thed.) text revision. Washington, DC : Author; 2022.

5. Engelhard CP, Touquet G, Tansens A, De Fruyt J. [Alcohol-induced psychotic disorder : a systematic literature review]. *Tijdschrift Voor Psychiatrie* 2015;57 (3) :192-201.
6. Ruichuan W , Xiaohe F, Weibian Y, Dan S , Limping W , Shujun Z. Alcohol-Induced Psychotic Disorder with Suspected Pulmonary Embolism : A Case Report. *Journal of Clinical Review & Case Reports* 2020;5 (11) :517-9.
7. Thanoi S. Brain and neurotransmitters Disorders in Substance Abuse. Phitsanulok : Naresuan University Press; 2018. (in Thai)
8. Wongpanarak N, Chaleoykitti S. The Role of the Nurse in Addiction Counseling. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2018;19 (1) : 16-23. (in Thai)
9. Wongpanarak N . Nursing of drug addicts. First Edition. Mahasarakham : Kakaia; 2018.
10. Chansirimongkol B. Integrated Rehabilitation Program Performance of alcoholic and drug abuse patients with psychiatric comorbidities. Bangkok : Prosperous; 2015. (in Thai)
11. Chang Y-C, Chou FH-C. Effects of Home Visit Intervention on Re-hospitalization Rates in Psychiatric Patients. *Community Mental Health Journal* 2015 ;51 (5) :598-605.
12. Heijdra Suasnabar JM, Hipple Walters B. Community-based psychosocial substance use disorder interventions in low-and-middle-income countries : a narrative literature review. *International Journal of Mental Health Systems* 2020;14 (1).