

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยภาวะขาดสุรา (Alcohol Withdrawal) ที่เข้ารับการรักษา ในตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลนาเชือก

Development of Alcohol Withdrawal Care System to Admitted In-Patient Department, NaChuak Hospital

บังอร วรหิน* รจนา มุลแวง** ปวีณกานต์ จวนสง***

Bungorn Worrahin* Rodjana Moonwaeng** Paweenkan Juansang***

Corresponding author: E-mail: bungornworrahin@hotmail.com

(Received: June 7, 2024; Revised: June 15, 2024; Accepted: July 15, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาระบบและประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะขาดสุรา (Alcohol Withdrawal) ที่เข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลนาเชือก

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา (Research and development research)

วัสดุและวิธีการศึกษา : กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วย Alcohol Withdrawal 40 คน และทีมสหวิชาชีพ 30 คน ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนเมษายน 2566 ถึงเดือนมกราคม 2567 แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะวิจัย และระยะพัฒนา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย : 1) ระยะการวิจัย จากข้อมูลเชิงประจักษ์พบปัญหา ทั้งระบบบริการ ด้านผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ การใช้แบบประเมิน ความรุนแรงของภาวะถอนฤทธิ์สุรา การได้รับการผูกมัด อุบัติเหตุจากการดูแล(หกล้ม/ตกเตียง) การจัดการความเสี่ยง การบำบัดตามนัดกลับมาดื่มสุราในช่วงระยะ 3 เดือน ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาก็เพิ่มมากขึ้น และระบบการดูแลผู้ป่วยภาวะขาดสุรา (Alcohol Withdrawal) ประกอบด้วย 2 ระบบ คือ 1) ระบบการให้ยา 2) ระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่เกิดจากการได้รับยา Benzodiazepine ทั้งแบบกิน และฉีดเข้าหลอดเลือดดำ มีการปรับระบบใบสั่งยาเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุรา (Standing Order For Alcohol use disorder) และ 2) ผลการประเมินพบว่า ผู้ป่วยได้รับการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนฤทธิ์สุรา 13 คน (93.33%) ความรุนแรงของภาวะถอนฤทธิ์สุราอยู่ในระดับ Minimal to mild 13 คน (93.33%) มีจัดการความเสี่ยงในผู้ที่ดื่มสุราในโรงพยาบาล โดยให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการดื่มสุรา (Brief advice) 10 คน (66.67%) ผู้ป่วยมาบำบัดตามนัดในคลินิกเลิกสุรา 12 คน (80.00%) แต่กลับมาดื่มสุราในช่วงระยะ 3 เดือนที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟู จำนวน 5 คน (33.33%)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าระบบการดูแลผู้ป่วย Alcohol Withdrawal ที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้มีผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : ระบบการดูแลผู้ป่วย; ภาวะขาดสุรา (Alcohol Withdrawal)

*, **, *** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนาเชือก

Abstract

Purposes : To develop and evaluate the system for the care and treatment of patients with Alcohol Withdrawal Syndrome admitted to the inpatient unit at NaChuak Hospital.

Study design : Research and Development (R&D).

Materials and Methods : 40 of patients with Alcohol Withdrawal and a multidisciplinary team of 30 members were target group. The research was conducted from April 2023 to January 2024 and divided into two phases were research and development. Data collection were carried out using questionnaires and focus group discussion guidelines. The data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and content analysis.

Main findings : 1) Research phase: Empirical data has revealed several issues, including challenges within the service system, problems faced by service providers and recipients, the use of assessment tools for the severity of alcohol withdrawal syndrome, incidents of patient restraint, bed fall accidents, risk management and instances of patients relapsing into alcohol consumption within a three-month follow-up period. These factors contribute to increased healthcare costs. The care system for patients with alcohol withdrawal comprises 2 systems: (1) Medication Administration System, (2) Risk Surveillance System for Benzodiazepine Administration: The system for monitoring and managing the risks associated with the administration of benzodiazepines, including both oral and intravenous routes, A tailored system of medical orders specifically designed for inpatients suffering from alcohol withdrawal syndrome, incorporating standing orders for managing alcohol use disorder and , 2) Results of System Evaluation: (1) Severity Assessment of alcohol withdrawal syndrome, 36 individuals (86.67%) were assessed for the severity of alcohol withdrawal, Of these, 22 individuals (48.89%) were identified with moderate risk, Additionally, 27 individuals (60.00%) were categorized as having severe alcohol withdrawal. (2) Evaluation Results: The assessment of system revealed that 13 patients (93.33%) were evaluated for the severity of alcohol withdrawal syndrome. Among them, 13 patients (93.33%) were classified as having minimal to mild withdrawal severity. Risk management for patients consuming alcohol in the hospital included providing brief advice to 10 patients (66.67%). Twelve patients (80.00%) attended follow-up appointments at the alcohol cessation clinic; however, 5 patients (33.33%) relapsed into alcohol consumption within three months of receiving treatment and rehabilitation.

Conclusion and recommendations : The results of this study indicate that the developed care system for patients with Alcohol Withdrawal Syndrome has led to improved patient outcomes.

Keywords : Care System; Alcohol Withdrawal.

บทนำ

สถานการณ์การบริโภคแอลกอฮอล์ (Alcohol Consumption) ทั่วโลกในปี ค.ศ.2016 กว่าร้อยละ 50.0 ของประชากรโลก (3.1 พันล้านคน) ที่มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป มีประวัติหยุดดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา และ 2.3 พันล้านคน ยังคงเป็นนักดื่มปัจจุบัน จากข้อมูลพบนักดื่มที่มีจำนวนมากที่สุดใน 3 ทวีปคือ อเมริกา ยุโรปและแอฟริกาตะวันตกโดยมีปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ต่อประชากร (Total alcohol per capita consumption: APC) ที่อายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไปเฉลี่ย จาก 5.5 ลิตรต่อคนต่อปี ในปี ค.ศ.2005 เพิ่มขึ้นเป็น 6.4 ลิตรในปี ค.ศ.2010 และคงเท่าเดิมในปี ค.ศ.2016 และในปัจจุบันเพิ่มขึ้นเป็น 15.1 ลิตรต่อคนต่อปี¹ การดื่มสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต พฤติกรรมการดื่มที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงหรืออันตรายมีได้หลายลักษณะ ดื่มจนติดสุรา พฤติกรรมการดื่มดังกล่าวก่อปัญหาทั้งต่อตัวผู้ดื่มเอง ครอบครัว และสังคม เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพ เกิดอุบัติเหตุพิษการบาดเจ็บ ต้องนอนโรงพยาบาล หรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร² สะท้อนได้จากข้อมูลรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย 2557 พบว่าการเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years Lost due to Disability) เป็นอันดับหนึ่งในเพศชาย โดยเฉพาะในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งเป็นกำลังสำคัญของชาติในอนาคต³

จากผลการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตพบคนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไปที่มีความผิดปกติพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา หรือ Alcohol use disorders 2.7 ล้านคน โดยเป็นผู้ดื่มแบบอันตราย (alcohol abuse) 1.8 ล้านคน และเป็นผู้ดื่มแบบติด (Alcohol dependence) 9 แสนคน แต่ในจำนวนนี้เข้ารับบริการสุขภาพจากฐานระบบ 43 แห่งของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2559 เพียง 168,729 คน นั้นหมายความว่าผู้มีปัญหาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราที่ควรได้รับการดูแลทางการแพทย์ได้รับการจริงเพียงร้อยละ 6.13 แสดงถึงช่องว่างการเข้าถึงบริการของผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่สูงมากการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา

มิได้จำกัดเฉพาะผู้ติดสุราเท่านั้น แต่ยังหมายรวมถึงผู้ดื่มแบบอันตรายและดื่มแบบเสี่ยง ซึ่งมีอยู่เป็นจำนวนมาก และเป็นเหตุให้เกิดผลเสียทั้งต่อสุขภาพเรื้อรัง เช่น ตับแข็ง มะเร็ง หรือเฉียบพลัน เช่น อุบัติเหตุ สิ้นเปลืองทรัพยากรบริการสุขภาพ อีกทั้งส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการดำเนินการทั้งระบบเพื่อลดอันตรายจากปัญหาดังกล่าว ดังนั้นการดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหาการดื่มสุรา จึงควรดำเนินการในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ ตั้งแต่ระดับ สอ. PCU. รพ.สต. รพช.รพท. รพศ. ไม่จำกัดเพียงสถานบำบัดเฉพาะทาง เนื่องจากปัญหาการดื่มสุรามีขนาดใหญ่ มีระดับความรุนแรงที่หลากหลาย และวิธีการดูแลที่มีประสิทธิภาพควรเริ่มตั้งแต่ปัญหาในระยะแรก และให้การดูแลติดตามใกล้ชิดต่อเนื่องในชุมชน การแก้ไขปัญหาการดื่มสุราไม่ใช่บทบาทของคนใดคนหนึ่งหรือหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง แต่เป็นความรับผิดชอบร่วมกันทั้งผู้ดื่ม บุคคลรอบข้าง ชุมชน บุคลากรสุขภาพทุกระดับ และต้องทำไปพร้อมกันทั้งระบบ ไม่สามารถแก้ไขปัญหาเพียงจุดใดจุดหนึ่งได้⁴

นอกจากนี้ยังพบว่า สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย ประจำปี พ.ศ. 2560 โดยศูนย์วิจัยปัญหาสุรา พบว่า จากประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 55.9 ล้านคนทั่วประเทศ กว่าครึ่งหนึ่งร้อยละ 57.18 เป็นผู้ไม่เคยมั้ดื่มสุราเลย ผู้เคยดื่มแต่เลิกแล้วร้อยละ 14.41 และมีนักดื่มปัจจุบันร้อยละ 28.41 โดย เพศหญิงร้อยละ 81.05 ไม่เคยดื่มสุราเลยในชีวิต และเป็นนักดื่มปัจจุบันร้อยละ 10.62 ส่วนใหญ่ดื่มเบียร์บอยที่สุด ส่วนในเพศชายมีผู้ไม่เคยมั้ดื่มสุราเลยเพียงร้อยละ 31.62 ส่วนใหญ่เป็นนักดื่มปัจจุบันร้อยละ 47.46 โดยที่อายุ 45 ปีขึ้นไป จะดื่ม “สุรา” (เหล้าขาว เหล้าแดง วิสกี้ บรันดี) บอยที่สุด สัดส่วนนักดื่มปัจจุบันสูงที่สุดในภาคเหนือ (ร้อยละ 35.40 และต่ำสุดในภาคใต้ (ร้อยละ 16.05) รูปแบบการดื่ม มักดื่มเป็นครั้งคราว ร้อยละ 56.06 ตามด้วยดื่มเป็นประจำ (สัปดาห์ละ 1 ครั้งหรือมากกว่า) ร้อยละ 43.94 โดยข้อมูลการบริโภคแอลกอฮอล์คิดเป็นปริมาณเอทานอลบริสุทธิ์ (ต่อประชากรที่ดื่ม) คิดเป็น 8.22 ลิตรต่อคนต่อปี (Total Annual Alcohol

per drinker) แต่หากนำมาคำนวณปริมาณเอทานอลบริสุทธิ์ต่อประชากรทั้งประเทศ (Total Annual Alcohol per capita) คิดเป็น 2.33 ลิตร ตัน⁵⁻⁶ เช่นเดียวกับสถิติโรงพยาบาลนาเชือกพบว่าในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565 มีจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุราจนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวน 54,67 และ 61 ราย ตามลำดับ และพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา จำนวน 32,43,38 ราย ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยที่ Re-admit จำนวน 2,3,2 ราย ตามลำดับ⁷

ภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal) เป็นอาการที่เกิดขึ้นเมื่อผู้เสพติดสุราลดปริมาณหรือหยุดดื่มหลังจากดื่มสุราอย่างหนักเป็นเวลานานตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV (American Psychiatric Association (APA))⁸ เกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองไม่สมดุล สามารถอธิบายกระบวนการเกิดภาวะถอนพิษสุราด้วยแนวคิด “Kindling Process” ของ Ballenger and Post⁹ กล่าวว่าผลจากการที่ได้รับตัวกระตุ้นเดิมซ้ำๆ เกิดตัวกระตุ้นทางไฟฟ้าที่ทำให้เกิดความผิดปกติในการส่งสัญญาณนำไฟฟ้าของสารสื่อประสาทในสมองโดยที่ GABA (A) เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานที่ของ Adenosines โดยมีความผิดปกติของ GABA receptors ลดลง ทำให้การยับยั้งการทำงานของสมองน้อยลงและมีการส่งผ่านของสารสื่อประสาท N-methyl-D-aspartate (NMDA) เพิ่มจำนวนของ Kainite glutamate receptors เกิดการกระตุ้นของเซลล์ประสาทมากขึ้นส่งผ่านระบบประสาทอัตโนมัติเกิดความไวสูง (Sensitization) จึงต้องใช้ปริมาณแอลกอฮอล์ขนาดสูงเพื่อจะกดระบบประสาทได้เมื่อหยุดดื่มทันที จึงเกิดผลของการกระตุ้นสะท้อนกลับ (Rebound stimulatory effect) ส่งผลให้มีอาการแสดงของระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากกว่าปกติ เช่น เหงื่อออก ใจสั่น มือสั่น กระวนกระวายรวมถึงการรบกวนระบบฮอร์โมนและระบบอื่นในร่างกายทำให้เกิดอาการวิตกกังวลและอาการชักและขณะที่มีภาวะขาดสุราจะมีการส่งผ่าน Dopamine เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดอาการประสาทหลอนซึ่งเป็นผลทำให้เกิดภาวะถอนพิษสุราที่รุนแรงขึ้น และมีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 30.0¹⁰⁻¹¹

จากการทบทวนเอกสาร พบว่า การดูแลผู้ป่วย Alcohol withdrawal ที่นอนรักษาในโรงพยาบาลนั้นเป็นการดูแลผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการขาดแอลกอฮอล์ที่มีข้อมูลสนับสนุนที่สำคัญคือมีอาการขาดแอลกอฮอล์เช่น มือสั่น เหงื่อออกคลื่นไส้ หงุดหงิด และมีคะแนนประเมินอาการขาดแอลกอฮอล์ (CIWA-Ar ≤ 19) ซึ่งมีกิจกรรมการพยาบาล คือ (1) ประเมินสัญญาณชีพและอาการขาดแอลกอฮอล์ทุก 2 ชั่วโมงจนอาการขาดแอลกอฮอล์ทุเลาลง เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของระดับอาการขาดแอลกอฮอล์ (2) ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินอาการก่อนและหลังการให้ยา (3) เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากยากระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางมาก เช่น ง่วงนอนมาก หายใจช้า การทรงตัวไม่ดี เดินเซ กล้ามเนื้ออ่อนแรง หากพบอาการดังกล่าวต้องรีบรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับขนาดยา (4) ดูแลความสะดวกสบาย การพักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง โดยจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยแสงสว่างเพียงพอ ลดสิ่งเร้าที่มากกระตุ้น (5) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ (6) อธิบายให้ผู้ป่วย และญาติทราบถึงการดำเนินของอาการขาดแอลกอฮอล์และ (7) บันทึกทางพยาบาล เพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลง⁶

จากปัญหาดังกล่าวจึงได้มีการประชุมปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องเพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาโดยนำแนวคิดระบบบริการผู้ป่วยผู้ป่วย Alcohol Withdrawal เป็นกรอบแนวคิดเชิงเนื้อหา และใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิตประกอบด้วยขั้นตอนการทำงาน 7 ขั้นตอน ซึ่งเป็นการประยุกต์ใช้องค์ความรู้สุขภาพจิตผ่านกระบวนการวิจัยและพัฒนา เพื่อให้ได้ผลผลิตเป็นนวัตกรรมใหม่ที่มีคุณภาพให้สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจะร่วมมือกันทำงานอย่างต่อเนื่อง โดยร่วมกันวางแผนเพื่อแก้ปัญหา นำแผนสู่การปฏิบัติจริง มีการสังเกตและสะท้อนผลของการปฏิบัติ จากนั้นจะเข้าสู่ขั้นตอนของการวางแผนปรับปรุง และดำเนินการใหม่เป็นวงจร จนกว่าจะได้ระบบบริการในผู้ป่วย Alcohol Withdrawal ที่เหมาะสม และสอดคล้องกับ

บริบทของการดำเนินงานของโรงพยาบาลนาเชือก และ
เครือข่ายบริการ เพื่อให้ผู้ป่วยผู้ป่วย Alcohol Withdrawal
ได้รับการบริการที่มีประสิทธิภาพลดอัตราการเสียชีวิต
ความรุนแรงของโรคและความพิการต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาระบบและประเมินผลระบบการดูแลรักษา
ผู้ป่วยภาวะขาดสุรา (Alcohol Withdrawal) ที่เข้ารับการ
รักษาในตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลนาเชือก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and
development) เพื่อพัฒนาระบบและประเมินผลระบบ
การดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะขาดสุรา (Alcohol Withdrawal)
ที่เข้ารับการรักษานในตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลนาเชือก
ตามแนวทางการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต
ของกรมสุขภาพจิต (2554)¹² 7 ขั้นตอน ดำเนินการวิจัย
ระหว่างเดือนเมษายน 2566 ถึงเดือนมกราคม 2567

กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มเป้าหมายแบ่งเป็น 2 กลุ่ม
ประกอบด้วยผู้ป่วยแอลกอฮอล์และทีมสหวิชาชีพ ดังนี้
1) ผู้ป่วยแอลกอฮอล์เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค
ภาวะผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาท เนื่องจากการ
เสพแอลกอฮอล์ ได้แก่ F10.0-F10.9 ตามเกณฑ์การวินิจฉัย
โรคขององค์การอนามัยโลก ครั้งที่ 10 (ICD - 10) ที่รับไว้
รักษาในโรงพยาบาลนาเชือกคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ
เจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกได้
กลุ่มเป้าหมายในระยะวิจัย 15 คน ระยะทดลองใช้ในระบบ
(Pilot study) 10 คน และระยะพัฒนา 15 คน และ
2) ทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลนาเชือก ซึ่งเป็นผู้ทดลองใช้
แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์
สุราแบบผู้ป่วยใน 30 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ
28 คน ซึ่งปฏิบัติงานในตึกผู้ป่วยใน แพทย์ 1 คน และเภสัชกร
1 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการหาคุณภาพเครื่องมือ
วิจัย** ได้แก่

1. แบบเก็บข้อมูลการรักษาผู้ป่วยติดสุราที่ผู้วิจัย

ได้ทำการพัฒนาขึ้น โดยข้อมูลประกอบด้วย (1) ลักษณะ
ทางประชากร ได้แก่ ตัวแปรเพศ อายุ สิทธิการรักษา อาชีพ
รายได้ โรคร่วมทางจิต การใช้สารเสพติดระหว่างดื่มสุรา
ชนิดของสารเสพติดที่ใช้ ระยะเวลาที่ดื่มแอลกอฮอล์
การวินิจฉัยโรค ประเภทผู้ป่วย การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลัง
จากนอนโรงพยาบาล ลักษณะภาวะแทรกซ้อนที่เกิด
การได้รับการผูกมัด การได้รับอุบัติเหตุจากการดูแล
(การหกล้ม/ตกเตียง) การติดตามผลการรักษา จำนวนผู้ป่วย
ที่ส่งต่อรักษาและสาเหตุของการส่งต่อรักษา (2) แบบประเมิน
ปัญหาการดื่มสุรา AUDIT: Alcohol Use ; Disorders
Identification test ของสำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพ
จิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นแบบประเมิน
แบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ 0, 1, 2, 3 และ 4
จำนวน 10 ข้อ การแปลผลคะแนนระดับความเสี่ยง คือ
0-7 คะแนน หมายถึง ผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (Low risk
drinker) 8-15 คะแนน หมายถึง ผู้ดื่มแบบเสี่ยง
(Hazardous drinker) 16-19 คะแนน หมายถึง ผู้ดื่มแบบ
อันตราย (Harmful use) > 20 คะแนน หมายถึงผู้ดื่มแบบ
ติด Alcohol dependence

2. ระบบการดูแลผู้ป่วยถอนแอลกอฮอล์ผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลนาเชือกประกอบด้วย 3 ระบบ คือ 1) ระบบ
การให้ยาโดยพิจารณาชนิดของยาที่มีผลน้อยต่อการถอน
ฤทธิ์สุรา เช่น ยาบางตัวมีผลทำให้เกิดการชักได้ง่าย
จึงได้เปลี่ยนเป็นยาตัวอื่นที่เหมาะสมกว่า 2) ระบบการเฝ้า
ระวังความเสี่ยงที่เกิดจากการได้รับยา Benzodiazepine
ทั้งแบบกิน และฉีดเข้าหลอดเลือดดำ และ 3) ระบบใบสั่ง
การรักษาทางการแพทย์ (Medical order) ปรับเป็นระบบ
เฉพาะสำหรับผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่มีภาวะถอนฤทธิ์สุราแบบ
ผู้ป่วยใน (Standing order for alcohol use disorder)

วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้แบ่งการวิจัย
เป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะการวิจัย (Research period) (เดือนเมษายน
2566)

- 1) การวิเคราะห์ความต้องการและความจำเป็นใน
การพัฒนา (Need Analysis) เป็นการรวบรวมข้อมูล
สถานการณ์ ปัญหา ความต้องการ จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

และผู้เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้ข้อมูลในการพัฒนาเทคโนโลยีที่ตรงตามความต้องการของผู้ใช้และกลุ่มเป้าหมาย และมีหลักฐานเชิงประจักษ์ของปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) สำหรับการเปรียบเทียบเพื่อศึกษาผลลัพธ์หรือปัญหาที่ลดลงภายหลังการใช้เทคโนโลยี

2) กำหนดกรอบแนวคิดและการทบทวนวรรณกรรม (Conceptual framework) เป็นการกำหนดกรอบแนวคิด จัดทำเพื่อแสดงทิศทาง ขอบเขต และความสัมพันธ์ของตัวแปรที่จะศึกษา ทำให้มั่นใจว่าการศึกษานี้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการพัฒนาเทคโนโลยีเรื่องนั้นๆ เชื่อมโยงไปถึงการสร้างเครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

3) การออกแบบและการจัดทำต้นร่าง (Prototype development) การออกแบบและจัดทำต้นร่างเทคโนโลยีสุขภาพจิต เป็นการประยุกต์องค์ความรู้และใช้ความคิดสร้างสรรค์ในการออกแบบสื่อการเรียนรู้ และระบบ/รูปแบบการดำเนินงานสุขภาพจิต เพื่อนำไปใช้ในการดำเนินงานสุขภาพจิตให้บรรลุเป้าหมาย การออกแบบสื่อการเรียนรู้ต้องกำหนดเป้าหมายการเรียนรู้ให้ชัดเจน วิเคราะห์เนื้อหา กำหนดขอบเขตเนื้อหา และออกแบบกระบวนการที่ใช้หรือรูปแบบให้ตรงกับความต้องการและความสนใจของกลุ่มเป้าหมาย

4) การทดสอบคุณภาพ (Testing) การทดสอบต้นร่างเทคโนโลยีสุขภาพจิตเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเนื่องจากเป็นกระบวนการที่ทำให้เชื่อมั่นว่าเทคโนโลยีสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพ ตรงตามเป้าหมายที่กำหนด สามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล

5) การทดลองใช้ในระบบ (Pilot study) (พฤษภาคม-กรกฎาคม 2566) กระบวนการทดลองใช้เทคโนโลยีสุขภาพจิตในระบบกับกลุ่มเป้าหมาย 10 คน มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของเทคโนโลยีสุขภาพจิต ซึ่งเป็นเป้าหมายแรกและเป็นเป้าประสงค์ของโปรแกรม และประเมินประสิทธิภาพของการใช้เทคโนโลยีสุขภาพจิต เป็นการเตรียมการสำหรับการขยายผลต่อไป

ระยะพัฒนา (Development period)
(เดือนสิงหาคม 2566-มกราคม 2567)

6) การขยายผล (Scale up program) เป็นการเพิ่มผลกระทบของเทคโนโลยีสุขภาพจิตที่ผ่านการทดลองใช้ในระบบแล้วว่าประสบความสำเร็จ เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์กับคนจำนวนมาก และสนับสนุนนโยบายการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในขั้นตอนนี้การดำเนินการมีความคล้ายคลึงกับการทดลองใช้ในระบบเพียงแต่มีความแตกต่างกันในขนาดของพื้นที่หรือขอบเขตงานนั้นคือการขยายผลจะมีพื้นที่ดำเนินงานขนาดใหญ่กว่าการทดลองใช้ในระบบ

7) การประเมินผล (Evaluation) เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญสำหรับการพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต การประเมินผลเป็นสิ่งที่ควรดำเนินการต่อเนื่องและเกิดขึ้นทุกช่วงของการดำเนินการ ตั้งแต่การวางแผนเพื่อเริ่มการนำไปใช้ไปจนถึงการขยายผล คำถามที่ใช้และกิจกรรมที่ใช้ในการประเมินอาจแตกต่างกัน แต่สิ่งที่ยังคงเหมือนเดิม คือการประเมินผลช่วยยืนยันข้อมูลในการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพและใช้ในการปรับปรุงการดำเนินงานสำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ผลลัพธ์ประเมิน 5 ประเด็น คือ (1) แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา AUDIT: Alcohol Use ; Disorders Identification test (2) การประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนฤทธิ์สุรา โดยใช้แบบประเมิน CIWA-AR และ (3) ผลการจัดการความเสี่ยงในผู้ที่ดื่มสุราในโรงพยาบาล (4) การ Follow up ของผู้ป่วยมาบำบัดตามนัดในคลินิกเลิกสุรา (5) ผลลัพธ์ของการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยติดสุราในคลินิกเลิกสุราในระยะ 3 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม เลขที่ EC2566-08

ลงวันที่ 15 มีนาคม 2566 โดยได้คำนึงถึงหลักความเป็นอิสระ ความเท่าเทียมและความเป็นธรรมต่อผู้ร่วมโครงการ และ ได้ระมัดระวังในการเก็บข้อมูลเป็นความลับโดยการให้ รหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 -3 เป็นวิเคราะห์ความต้องการ และความจำเป็นในการพัฒนา (Need analysis) ในเชิงปริมาณ จากการประเมินสภาพปัญหาผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อนของที่ โรงพยาบาลนาเชือกในปีงบประมาณ พ.ศ.2563 -2565 จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุรารุนแรงที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวน 54,67 และ 61 รายตามลำดับ และพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา จำนวน 32,43,38 รายตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยที่ Re-admit จำนวน 2,3,2 รายตามลำดับ และพบว่าใน 6 เดือนแรกของปีงบประมาณ พ.ศ.2566 พบจำนวนผู้ป่วย Alcohol withdrawal เข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวน 20 ราย และมีจำนวนที่ Re-admit จำนวน 1 ราย พบอุบัติการณ์ ร้องเรียนจากการดูแลผู้ป่วย 1 ครั้งในปี พ.ศ.2564 และพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรามีอาการ สับสน เอะอะ โวยวายเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นมากขึ้น อย่างไรก็ตามจากการทบทวนพบว่า อัตราผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา มีแนวโน้มสูงมากขึ้น ส่งผลให้อัตราผู้ป่วยเกิดภาวะ Alcohol withdrawal สูงขึ้นเช่นกัน และพบว่า การปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลยังขาด แนวทางการดูแลที่ได้มาตรฐานและเครือข่ายบริการไม่เป็นไปในทางเดียว การประสานงานระหว่างหน่วยงานไปยัง

คลินิกเลิกสุราไม่ชัดเจน หากไม่ได้รับการประเมินระดับ ความรุนแรงของโรค ไม่ได้รับยาตามมาตรฐาน และไม่ได้รับการรักษาตั้งแต่แรกรับอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเกิดอาการ รุนแรงเพิ่มมากขึ้นถึงขั้นเสียชีวิตได้ และค่าใช้จ่ายในการ รักษา ก็เพิ่มมากขึ้น

ในการทำงานร่วมกันข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์จากสำรวจ ผู้จำนวน 15 คน ผลการติดตามสภาพปัญหาของอาการของ ผู้ป่วยติดสุราที่ Admit ณ หอพักผู้ป่วยในก่อนการพัฒนา ระบบการดูแลผู้ป่วยติดสุรา พบว่า ส่วนใหญ่การเกิดภาวะ แทรกซ้อนหลังจากนอนโรงพยาบาล จำนวน 11 คน (73.36%) ลักษณะภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นแบบ Alcohol withdrawal state, with delirium จำนวน 5 คน (33.33%) การได้รับการผูกมัด จำนวน 4 คน (26.67%) และการติดตามผลการรักษาเสียชีวิต จำนวน 1 คน (6.67%) ดังแสดงในตารางที่ 1 นอกจากนี้ยัง พบว่า จากการสนทนากลุ่ม (Focus group) ทีมสหวิชาชีพมีความ ต้องการพัฒนาเรื่องการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ เช่น การดูแลผู้ป่วยในระยะถอนฤทธิ์สุรา ซึ่งยังไม่มีแนวทางการ ดูแลผู้ป่วยดังกล่าว ผู้วิจัยจึงนำมากำหนดกรอบแนวคิด โดยใช้กรอบแนวคิดในการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยี สุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต 7 ขั้นตอน และนำมา ออกแบบและจัดทำต้นร่าง (Prototype development) แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์ สุราแบบผู้ป่วยในให้เป็นระบบ อันประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก ได้แก่ การประเมินภาวะถอนฤทธิ์แอลกอฮอล์ การประเมิน สัญญาณชีพ และการรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา ตามการประเมินภาวะขาดสุรา (AWS)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละสภาพปัญหาและอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุรา (Alcohol Withdrawal) ที่ Admit ณ ตึกผู้ป่วยในก่อนการพัฒนาระบบ (n=15)

สภาพปัญหาและอาการผู้ป่วย	จำนวน(%)
การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจากนอนโรงพยาบาล	
เกิดภาวะแทรกซ้อน	11(73.36)
ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	4(26.67)
ลักษณะภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น	
Alcohol withdrawal state, with delirium	5(33.33)
Alcohol withdrawal state, uncomPLICATE	1(6.67)
Alcohol withdrawal state with convulsion	3(20.00)
Acute respiratory failure	1(6.67)
Aspiration pneumonia	1(6.67)
การได้รับการผุกยิต	
ได้รับอุบัติเหตุจากการดูแล	4(26.67)
ไม่ได้รับอุบัติเหตุจากการดูแล	11(73.33)
การติดตามผลการรักษา	
ไม่เสียชีวิต	14(93.33)
เสียชีวิต	1(6.67)

ขั้นตอนที่ 4 การทดสอบคุณภาพ (Testing) โดยผู้วิจัย นำร่างระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยในที่ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว และได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะในประเด็น ได้แก่ 1) ระบบการให้ยาโดยพิจารณาชนิดของยาที่มีผลน้อยต่อการถอนฤทธิ์สุรา เช่น ยาบางตัวมีผลทำให้เกิดการชักได้ง่าย จึงได้เปลี่ยนเป็นยาตัวอื่นที่เหมาะสมกว่า และ 2) ระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่เกิดจากการได้รับยา Benzodiazepine ทั้งแบบกิน และฉีดเข้าหลอดเลือดดำ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยโดยปรับการบันทึกข้อมูลการให้ยาร่วมกับการบันทึกสัญญาณชีพและระดับความรุนแรงการถอนฤทธิ์สุราควบคู่กัน ทำให้สามารถประเมินการรักษา

ได้อย่างเหมาะสมหลังจากนั้นนำ (ต้นร่าง) ระบบการดูแลรักษา ไปทดลองใช้ ดำเนินการโดยทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยแอลกอฮอล์ (F10 - F19) จำนวน 10 คน ที่รักษาแบบผู้ป่วยในหอผู้ป่วยในเป็นเวลา 3 เดือน

ขั้นตอนที่ 5 การทดลองใช้ (Pilot study) ทดลองใช้ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยในระหว่างเดือนพฤษภาคม-เดือนกรกฎาคม 2566 เป็นเวลา 3 เดือน จำนวน 10 คนประกอบด้วย 1) ขั้นตอนการปฏิบัติงานการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุราของทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง คือ (1) แพทย์มีบทบาทประเมินอาการถอนฤทธิ์สุราและให้การรักษาร่วมตามแผนการดูแลรักษาของแพทย์ (2) พยาบาลจิตเวชมีบทบาทในการซักประวัติผู้ป่วย ประเมินภาวะถอนฤทธิ์

สุราด้วยแบบประเมิน AWS และประเมินสัญญาณชีพ ประเมินและสังเกตอาการของผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่มีการเปลี่ยนแปลงในระยะถอนฤทธิ์สุรา การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและการให้ยา Benzodiazepine ตามแผนการรักษาของแพทย์และปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ และ (3) เกสซ์กร มีบทบาทในการบริหารยากลุ่ม Benzodiazepine 2) แนวทางการให้ยากลุ่ม Benzodiazepine เพื่อรักษาภาวะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยในกำหนดแนวทางการดูแลรักษาและให้ยาในช่วงที่ผู้ป่วยที่ภาวะ Withdrawal หรืออาการ Delirium tremens และ 3) การปรับลดยา benzodiazepine เมื่อครบ 24 ชั่วโมงหลังจากที่ผู้ป่วย

มีภาวะถอนฤทธิ์สุรา (Withdrawal) หรืออาการ Delirium tremens

ผลการทดลองใช้ (Pilot study) ระบบการดูแลผู้ป่วย ดิตสุราของกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 10 คน พบว่า ส่วนใหญ่ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจากนอนโรงพยาบาล 9 คน (10.00%) ลักษณะภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเป็นแบบ Alcohol withdrawal state, with delirium และ 1 คน (50.00%) และ Alcohol withdrawal state with convulsion 1 คน (50.00%) ไม่ได้รับการผูกมัด จำนวน 8 คน (80.00%) ไม่ได้รับอุบัติเหตุจากการดูแล 8 คน (80.00%) และไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละสภาพปัญหาและอาการของผู้ป่วยมีภาวะขาดสุรา (Alcohol Withdrawal) ที่ Admit ณ ตึก ผู้ป่วย ในหลังการทดลองใช้ (Pilot study) ระบบการดูแลผู้ป่วยมีภาวะขาดสุราของกลุ่มเป้าหมาย (n=10)

สภาพปัญหาและอาการผู้ป่วย	จำนวน(%)
การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจากนอนโรงพยาบาล	
เกิดภาวะแทรกซ้อน	2(20.00)
ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	8(80.00)
ลักษณะภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น	
Alcohol withdrawal state, with delirium	1(50.00)
Alcohol withdrawal state, uncomplicate	0(0.00)
Alcohol withdrawal state with convulsion	1(50.00)
Acute respiratory failure	0(0.00)
Aspiration pneumonia	0(0.00)
การได้รับการผูกมัด	
ได้รับการผูกมัด	2(20.00)
ไม่ได้รับการผูกมัด	8(80.00)
การเกิดอุบัติเหตุขณะดูแล (การหกล้ม/การตกเตียง)	
ได้รับอุบัติเหตุจากการดูแล	2(20.00)
ไม่ได้รับอุบัติเหตุจากการดูแล	8(80.00)

ตารางที่ 2 (ต่อ)

สภาพปัญหาและอาการผู้ป่วย	จำนวน(%)
การติดตามผลการรักษา	
ไม่เสียชีวิต	10(100.00)
เสียชีวิต	0(0.00)

ขั้นตอนที่ 6 การขยายผล การดำเนินการวิจัยในขั้นตอนการขยายผลเป็นการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยในที่ผ่านการทดลอง และการปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วโดยนำไปขยายผลดำเนินการต่อเนื่องไปยังตึกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลนาเชือก

ขั้นตอนที่ 7 การประเมินผลและพัฒนาต่อเนื่อง การติดตามประเมินผลหลังพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดสุราของโรงพยาบาลนาเชือก จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 15 คน พบว่าส่วนใหญ่มีใช้แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา AUDIT จำนวน 15 คน (100.00%) ผลประเมินปัญหาการดื่มสุรา AUDIT พบว่า ได้คะแนน 0-7 คะแนน อยู่ในระดับเสี่ยงต่ำ (Low risk drinker) จำนวน 14 คน (93.33%) ผลการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนฤทธิ์สุรา โดยใช้แบบประเมิน CIWA-AR จำนวน 14 คน (86.67%) ได้คะแนน 1-9 คะแนน อยู่ในระดับ Minimal to mild จำนวน 13 คน (93.33%) และมีการจัดการความเสี่ยงในผู้ที่ดื่มสุราในโรงพยาบาลให้ความรู้ และคำแนะนำเกี่ยวกับการดื่มสุรา (Brief advice) จำนวน 10 คน (66.67%) นอกจากนั้นยังพบว่า ผู้ป่วยมาบำบัดตามนัดในคลินิกเลิกสุราตามนัด 12 คน (80.00%) การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยติดสุราในคลินิกเลิกสุราในระยะ 3 เดือนกลับมาดื่มสุราในช่วงระยะ 3 เดือนที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟู 10 คน (66.67%) ดังแสดงในตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมีภาวะขาดสุรา (Alcohol Withdrawal) (n=15)

ผลลัพธ์การพัฒนา	จำนวน(%)
แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา AUDIT	
ปฏิบัติ	15(100.00)
ไม่ปฏิบัติ	0(0.00)
แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา AUDIT	
0-7 คะแนน ระดับเสี่ยงต่ำ (Low risk drinker)	14(93.33)
8-15 คะแนน เสี่ยงปานกลาง (Hazardous drinker)	1(6.67)
16-19 คะแนน แบบอันตราย (Harmful use)	0(0.00)
>20 คะแนน Alcohol dependence	0(0.00)

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ผลลัพธ์การพัฒนา	จำนวน(%)
การประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนฤทธิ์สุรา โดยใช้แบบประเมิน CIWA-AR	
ปฏิบัติ	14(86.67)
ไม่ปฏิบัติ	1(6.67)
การประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนฤทธิ์สุรา โดยใช้แบบประเมิน CIWA-AR	
1-9 คะแนน Minimal to mild	13(93.33)
10-14 คะแนน Minimal to moderate	2(13.33)
15-18 คะแนน อันตราย Moderate to severe	0(0.00)
≥19 คะแนน ติดสุรา Severe alcohol withdrawal	0(0.00)
การจัดการความเสี่ยงในผู้ที่ดื่มสุราในโรงพยาบาล	
ให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการดื่มสุรา (Brief advice)	10(66.67)
ให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief counselling)	3(20.00)
ให้คำปรึกษาแบบสั้นและส่งต่อเพื่อรับการประเมิน และบำบัดแบบเข้มข้นโดยผู้เชี่ยวชาญ	2(13.33)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละผลลัพธ์ของการบำบัดผู้ป่วยติดสุรามีภาวะขาดสุรา (Alcohol Withdrawal) ที่มาที่คลินิกเลิกสุรา (n=15)

ผู้ป่วยมาบำบัดตามนัดในคลินิกเลิกสุรา	จำนวน(%)
มาตามนัด	12(80.00)
ไม่มาตามนัด	3(20.00)
การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยติดสุราในคลินิกเลิกสุราในระยะ 3 เดือน	
เลิกดื่มสุราได้ใน 3 เดือนที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟู	10(66.67)
กลับมาดื่มสุราในช่วงระยะ 3 เดือนที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟู	5(33.33)

วิจารณ์

1. ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า สภาพปัญหาจากข้อมูลเชิงประจักษ์พบปัญหา ทั้งระบบบริการ ด้านผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ การใช้แบบประเมิน ความรุนแรงของภาวะถอนฤทธิ์สุรา การได้รับการผูกมัด อุบัติเหตุจากการดูแล (หกล้ม/ตกเตียง) การจัดการความเสี่ยง การบำบัดตามนัด กลับมาดื่มสุราในช่วงระยะ 3 เดือน ส่งผลกระทบต่อ

ค่าใช้จ่ายในการรักษาก็เพิ่มมากขึ้น ส่วนระบบการดูแลผู้ป่วยภาวะขาดสุรา (Alcohol Withdrawal) ประกอบด้วย (1) ระบบการให้ยาโดยพิจารณาชนิดของยาที่มีผลน้อยต่อการถอนฤทธิ์สุรา (2) ระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่เกิดจากการได้รับยา Benzodiazepine ทั้งแบบกิน และฉีดเข้าหลอดเลือดดำ และสอดคล้องกับแนวปฏิบัติการพยาบาล

เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา ที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ และปฐมนิเทศผู้รับบริการการคัดกรอง การประเมินสภาพ แรกเริ่ม คัดแยกจำแนกประเภทผู้ป่วย ระดับความรุนแรง ของภาวะถอนพิษสุรา 2) การลงบันทึกผลการประเมิน คัดกรอง การรายงานแพทย์ตามหลัก SBAR 3) การจัดการ โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแล ตามความ เร่งด่วน และ 4) การวางแผนจำหน่าย และการประสาน ดูแลต่อเนื่อง¹³

เช่นเดียวกับแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Alcohol Withdrawal ดิกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลโกสุมพิสัย¹⁴ พบว่า แนวทางการดูแลผู้ป่วยขึ้นมาใหม่ คือ care map ประกอบด้วยขั้นตอนการซักประวัติ การประเมินระดับ ความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal scale หรือ AWS) การเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นของ ภาวะถอนพิษสุราได้ชัดเจนทุกเวร โดยการแบ่งระดับความ รุนแรง ดังนี้ ระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา เป็น 4 ระดับอาการเล็กน้อย AWS < 5 ให้พยาบาลสังเกต อาการทุก 6 ชั่วโมง และให้ยาตามแผนการรักษา ประเมินจนกระทั่ง AWS < 5 ทุกครั้งติดต่อกันจนครบ 72 ชั่วโมงจึงหยุดประเมินและการประเมินภาวะซึมเศร้า ส่งปรึกษาบำบัดสุราและปรึกษาพยาบาลจิตเวชทุกราย อาการปานกลาง AWS = 5-9 ประเมินทุก 6 ชั่วโมง อาการรุนแรง AWS = 10-14 ประเมินทุก 2 ถึง 6 ชั่วโมง อาการรุนแรงมาก AWS > 15 ประเมินทุก 2 ถึง 4 ชั่วโมง ถ้าผู้ป่วยมีประวัติได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ให้สังเกตระดับ ความรู้สึกตัวทุกราย และให้ยาตามแนวทางปฏิบัติ ผลจากการพัฒนารูปแบบแนวปฏิบัติทำให้การบริหารยาได้ สอดคล้องกับระดับความรุนแรงของผู้ป่วย ทำให้พยาบาล มีความรู้ ความมั่นใจในการบริหารยาเพิ่มมากขึ้น ในทำนอง เดียวกับกิจกรรมการดูแลบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหา การดื่มสุราของคณะอนุกรรมการพิจารณาด้านการบำบัด รักษาฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์¹⁵ ประกอบด้วย ขั้นตอนการประเมินปัญหา การดื่มสุราอย่างครอบคลุม การประเมินความเสี่ยงการเกิดอาการขาดสุรา การเฝ้าระวัง

และป้องกันรักษาอาการขาดสุรา การบำบัดทางจิตสังคม เพื่อให้สามารถหยุดดื่มได้ และการช่วยเหลือ ครอบครัว และฟื้นฟูทาง

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ Clinical guideline for nursing and midwifery practice in NSW (2008)¹⁵ ที่ให้ข้อแนะนำว่า การประเมินเป็นพื้นฐานในการป้องกัน การเปลี่ยนแปลงอาการถอนพิษสุรา ที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งอาจวัดได้ตลอดเวลา การใช้มาตรวัดทำให้สามารถปรับ ลดขนาดยาลงให้มากที่สุด ทั้งยังเป็นป้องกันการให้ยา benzodiazepines ที่อาจน้อยหรือมากเกินไปขนาดในการ รักษาอาการถอนพิษสุรา และสามารถใช้ประโยชน์จากการ บันทึกข้อมูลตามความถี่อย่างสม่ำเสมอ และอย่างต่อเนื่อง และ Mary G. & McKinley¹⁶ ยังให้คำแนะนำว่าการ ประเมินด้วย AWS ให้ประเมินเมื่อรับไว้รักษาและ 1 ชั่วโมง หลังให้ยา ติดตามอย่างต่อเนื่องทุกชั่วโมงและทุกวัน เวลาในการประเมินและคะแนนการประเมิน จะต้องบันทึก ไว้ในเอกสารการประเมินด้วยดังนั้นแบบประเมินใหม่ซึ่งมี ข้อมูลทั้งคะแนน AWS การใช้ยาเพื่อตอบสนองต่ออาการ ตามระดับความรุนแรง และการประเมินสัญญาณชีพ จึงสามารถตอบสนองต่อเป้าหมายสูงสุด เพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับความปลอดภัย หายทุเลาจากภาวะถอนพิษสุรา ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและความผิดพลาด จากการใช้ยาได้ดียิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตาม แบบประเมินที่สมบูรณ์เพียงอย่างเดียว ไม่เพียงพอต่อประสิทธิภาพการรักษา ทั้งนี้จากผลการศึกษา ยังคงพบว่ามีผลคลาดเคลื่อนในการติดตามสัญญาณชีพ ทั้งในระดับ Mild และ Moderate ในข้อเท็จจริงแม้จะเป็น ความรุนแรงแบบเล็กน้อยถึงปานกลาง ก็มีความจำเป็น อย่างยิ่งที่ต้องติดตามสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกัน ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับ Mayo-Smith et al.¹⁷ ที่แนะนำการติดตามสัญญาณชีพ จะต้องทำเป็นประจำในผู้ป่วยทุกราย ด้วยความถี่ที่เหมาะสม ในการติดตาม โดยยึดตามความถี่ในการบริหารยาเอนไซ ของการรักษาโรคร่วมและระดับความผิดปกติของสัญญาณชีพ ดังนั้น บุคลากรต้องมีความตระหนักรู้ และมีความ รับผิดชอบต่อวิชาชีพสูง จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องสร้างความ

เข้าใจและสร้างความตระหนัก และความรับผิดชอบ ต่อหน้าที่ให้มากขึ้น

2. ผลการประเมินระบบพบว่าผู้ป่วยได้รับการประเมิน ระดับความรุนแรงของภาวะถอนฤทธิ์สุรา จำนวน 13 คน (93.33%) ความรุนแรงของภาวะถอนฤทธิ์สุราอยู่ในระดับ Minimal to mild จำนวน 13 คน (93.33%) มีจัดการ ความเสี่ยงในผู้ที่ดื่มสุราในโรงพยาบาล โดยให้ความรู้ และ คำแนะนำเกี่ยวกับการดื่มสุรา (Brief advice) จำนวน 10 คน (66.67%) ผู้ป่วยมาบำบัดตามนัดในคลินิกเลิกสุรา จำนวน 12 คน (80.00%) แต่กลับมาดื่มสุราในช่วงระยะ 3 เดือนที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟู จำนวน 5 คน (33.33%) พบผลเช่นเดียวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ใน ระยะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์¹⁸ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะไม่มีอาการถอนฤทธิ์สุรา กลับเป็นซ้ำในช่วงนอนโรงพยาบาลร้อยละ 95.5 นอกจากนี้จำนวนวันของผู้ป่วยสุราหายทุเลาจากภาวะถอนฤทธิ์สุรา ลดลง 1.27 วัน และจำนวนวันนอนเฉลี่ยลดลงเหลือ 16.5 วัน; ผลของการเปลี่ยนแปลง พบว่า ร้อยละการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย Alcohol withdrawal คิดเป็น ร้อยละ 100.0 ร้อยละการควบคุมอาการถอนพิษ สุราให้สงบภายในเวลาที่กำหนด (5 วัน) คิดเป็นร้อยละ 66.7 ร้อยละผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บจากการผูกมัด คิดเป็นร้อยละ 13.4 ร้อยละผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุขณะดูแล (ตกเตียง) คิดเป็นร้อยละ 13.4 ร้อยละผู้ป่วยหลบหนีออกจาก รพ. คิดเป็นร้อยละ 0.0 และ ร้อยละข้อร้องเรียนจากการดูแล คิดเป็นร้อยละ 0.0¹⁹

ข้อสรุป

ผลลัพธ์จากพัฒนาและการปรับปรุงระบบการดูแลรักษา ผู้ป่วยภาวะขาดสุรา (Alcohol Withdrawal) ช่วยให้การ ดูแลผู้ป่วยในระยะถอนพิษสุรามีประสิทธิภาพ และมีมาตรฐานมากขึ้น และลดหรือป้องกันการพัฒนาไปสู่ภาวะแทรกซ้อน จากการถอนพิษสุราที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ (1) การผลการวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนาระบบโรงพยาบาล ซึ่งในการพัฒนาระบบในการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรานั้น จะต้องดำเนินการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนถึงระดับปฐมภูมิ และระดับชุมชน โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดระบบการดูแลระยะยาวหลังการรักษา โดยการ พัฒนาให้มีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องด้วยเครือข่าย และแกนนำในพื้นที่ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับมาติดสุรา ซ้ำในผู้ป่วยที่เคยบำบัดและฟื้นฟูในการเลิกดื่มสุรา และ เป็นการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนางานเชิงระบบที่ครอบคลุม และยั่งยืน (2) จากการติดตามดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง พบว่า ผู้ป่วยบางส่วนจะกลับมาดื่ม สุราซ้ำอีก (ร้อยละ 70.58) ส่งผลให้ผู้เกี่ยวข้องต้องดูแล และ หมดกำลังใจ ดังนั้นในเบื้องต้น ผู้ดำเนินการและเครือข่าย จะต้องเข้าใจว่าการเลิกสุรานั้นอาจต้องค่อยเป็นค่อยไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาค้างต่อไป (1) ควรศึกษา เทคนิคและวิธีการการประเมินอาการขาดแอลกอฮอล์ เพื่อได้ข้อมูลที่แม่นยำ เพื่อได้มาวางแผนการพยาบาล ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยในระยะขาด แอลกอฮอล์ต่อไป (2) ควรศึกษาการวางแผนจำหน่าย การเตรียมชุมชน และครอบครัว เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยกลับมา ดื่มซ้ำอีก และ (3) ควรมีการติดตามประเมินผล และ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการนำระบบการดูแลรักษา ผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยในไปใช้ เพื่อนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาปรับปรุงระบบ การบำบัดรักษาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Switzerland; 2018.
2. Babor T F, Higgins-Biddke J C, Saunderson J B, Monteiro M G. The alcohol use disorders identification test: guideline for use in primary care. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2001.
3. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. แผนงานการพัฒนาดัชนีภาวะทางสุขภาพเพื่อการ

- พัฒนานโยบาย. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทยพ.ศ. 2557. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2560.
4. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรวรรณ จุฑา, อธิป ตันอารีย์, ปธานนท์ ขวัญสนิท, สาวิตรี อัยฉานงค์กรชัย. ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตของคนไทย: การสำรวจระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556. สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2560;25(1):1-19.
 5. สาวิตรี อัยฉานงค์กรชัย. ข้อเท็จจริงและตัวเลขเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2561. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ (1992); 2562.
 6. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุรา. นนทบุรี: โรงพิมพ์ บริษัท เดอะกราฟิกซิสเต็มส์ จำกัด; 2564.
 7. โรงพยาบาลนาเชือก. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์สาธารณสุขปี 2565. มหาสารคาม. งานยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลนาเชือก; 2565.
 8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder: DSM-IV-TR (4th ed, text-revised). Washington DC; 2000.
 9. Ballenger J C, Post R M. Kindling as a model for alcohol withdrawal syndromes. British Journal of Psychiatry. 1978;133:1-14.
 10. เดชา ลลิตอนันต์พงศ์. การถอนสุรา : กลุ่มอาการ และการรักษา. จุฬาลงกรณ์เวชสาร. 2553;54(1):67-79.
 11. อมราภรณ์ ฝางแก้ว, เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์. ปัจจัยทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา. วารสารโรงพยาบาลนครพนม. 2560;31(2):95-108.
 12. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือครูที่ปรึกษา ระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียน. กรุงเทพฯ: ยูเรนัส อิมเมจกรุ๊ป; 2554.
 13. สุดาตวง พัฒนสาร, มะลิวรรณ อังคนิตย์, อภิญา วงศ์พิริโยธา. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2564;39(3):71-80.
 14. นิภาภรณ์ คงเกียรติพันธ์. การพัฒนารูปแบบแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Alcohol (Withdrawal) ตักผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลโกสุมพิสัย. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2563;5(2):80-9.
 15. คณะอนุกรรมการพิจารณาด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ติดยาเสพติดแอลกอฮอล์. แนวปฏิบัติการคัดกรอง และบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดี้ไซน์; 2561.
 16. Clinical Guideline for Nursing and Midwifery Practice in NSW. 2008. "Management of Alcohol Withdrawal Delirium. An Evidence-Based Practice Guideline". Arch Intern Med. 2008;164(13):1405-12.
 17. Mary G. McKinley. Alcohol Withdrawal Syndrome Overlooked and Mismanaged? American Association of Critical-Care Nurses. 2005;25:40-8.
 18. Mayo-Smith et al, Management of Alcohol Withdrawal Delirium. An Evidence-Based Practice Guideline". Arch Intern Med Jul 12. 2004;164(13):1405-12.
 19. กนกกาญจน์ วิโรจน์ไธสง, อัมพร สีลากุล, วิมาลา เจริญชัย. การพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. 2564;15(1):29-48.