

การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา: กรณีศึกษา

ภาณุรัตน์ ศรีมงคล¹

บทคัดย่อ

ความผิดปกติจากการดื่มสุรา (Alcohol use disorder: AUD) เป็นปัญหาสำคัญในทุกประเทศ โรคจิตจากสุรา (Alcohol induced psychotic disorder: AIPD) อาจเกิดขึ้นได้ในระยะพิษสุราเฉียบพลัน ระยะถอนพิษสุรา และโรคติดสุราเรื้อรัง ผู้ที่เป็นโรคติดสุราเรื้อรังและดื่มสุราอย่างหนักและเป็นเวลานานมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นที่จะพัฒนาเกิดลักษณะอาการทางจิต เช่น อาการภาพหลอน อาการหลงผิด และอาการอื่นๆ ที่คล้ายกับโรคจิตเภทแต่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา โรคจิตจากสุราเป็นปัญหาเรื้อรัง เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะกลับไปดื่มสุราอีก บทความนี้ได้ทบทวนวรรณกรรมเพื่ออธิบายเกี่ยวกับโรคจิตจากสุรา และการนำเสนอการพยาบาลในผู้ป่วยกรณีศึกษาที่มีลักษณะที่พบเจอได้บ่อยครั้งในการปฏิบัติการพยาบาล บุคลากรทางการพยาบาลควรเพิ่มความตระหนักให้กับประชาชนเกี่ยวกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุรา สิ่งสำคัญอย่างยิ่งคือ ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่เหมาะสมที่สุด นอกจากนี้ บุคลากรทางการแพทย์ควรมุ่งเน้นการให้ความรู้และสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ป่วยโรคจิตจากสุราและครอบครัว เพื่อลดและเลิกดื่มสุราด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายและผู้ป่วยปลอดภัย ลดการกลับเป็นซ้ำ และการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

คำสำคัญ: โรคจิตจากสุรา, การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา

วันที่รับบทความ

21 กรกฎาคม 2567

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข

8 กันยายน 2567

วันที่ตอบรับบทความ

13 กันยายน 2567

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์; Panurat035@gmail.com
โทร. 080-1948386

Nursing care for Patients with Alcohol induce Psychosis: A Case Study

Panurat Srimungkhul¹

Abstract

Alcohol use disorder (AUD) is a significant issue across all countries. Alcohol induced psychotic disorder (AIPD) can occur with acute intoxication, alcohol withdrawal, and chronic alcoholism. There was an increased risk of developing psychotic features, including hallucinations, delusion, and other symptoms that resemble those of schizophrenia but are merely relevant to alcohol drinking, in people with chronic alcohol dependence. AIPD is a chronic problem because patients with AIPD tend to increase their alcohol consumption again. This article reviews the literature to describe studies on AIPD and present nursing care for patients with AIPD to Case studies that have characteristics that are often encountered in nursing practice nursing personnel should increase public awareness about the problems associated with alcohol. It is incredibly important for the patient to receive the most appropriate nursing care. Moreover, HCWs should focus on educating and motivating patients with AIPD and their families to reduce alcohol consumption and stop drinking. The patients are harmless and secure, thereby reducing the likelihood of relapse and readmission.

Keywords: Alcohol induced psychotic disorder, nursing care for the patients with Alcohol induced psychotic disorder

Received
21 July 2024

Revised
8 September 2024

Accepted
13 September 2024

¹Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Corresponding author e-mail; Panurat035@gmail.com Tel. 080-1948386

บทนำ

การดื่มสุราเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขในประเทศทั่วโลก พบผู้ดื่มสุรามีจำนวนสูงถึง 3.1 พันล้านคน¹ ปัญหาการดื่มสุราเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ประชาชนทั่วโลกเสียชีวิตในแต่ละปีมากถึง 2.5 ล้านคน² มีผู้เสียชีวิต 6 คน ใน 1 นาที³ ข้อมูลจากระบบศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย กรมสุขภาพจิตรายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช ประจำปีงบประมาณ ปี 2564 2565 และ 2566 จำนวน 217,656 185,045 และ 178,323 ราย ตามลำดับ⁴ มีการคาดการณ์ว่าจะมีนักดื่มปัจจุบัน (Current drinker) มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป ดื่มสุรา 15.96 ล้านคน หรือร้อยละ 28 ผู้ที่ดื่มสุราอย่างน้อยหนึ่งครั้งใน 12 เดือนที่ผ่านมา⁵ การดื่มสุราส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายต่อผู้ติดสุรา เช่น เปื่อยอาหาร โรคกระเพาะอาหาร ลำไส้อักเสบ ก่อให้เกิดโรคตับแข็ง ตับอักเสบ ตับอ่อนอักเสบ ปัญหาต่อเนื่องจากโรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคเมเร็ง โรคทางจิตประสาท และอาการนอนไม่หลับ⁶ ผลกระทบด้านความสัมพันธ์และจิตใจ การดื่มสุราทำให้เกิดการทะเลาะวิวาท การทำร้ายร่างกายทั้งทำร้ายตนเองและผู้อื่น สะท้อนถึงต้นตอของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับทางด้านพฤติกรรมของบุคคล ส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคม อีกทั้งเป็นสาเหตุความสูญเสียและการเกิดอุบัติเหตุทางถนน⁷ การดื่มสุราจึงนับเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ดื่มเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคมในวงกว้าง ไม่ว่าจะเป็นลักษณะพฤติกรรมการดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (low risk drinker) การดื่มแบบเสี่ยง (hazardous drinking) การดื่มแบบอันตราย (harmful drinking) และการดื่มแบบติด (alcohol dependence) การดื่มสุราแบบไม่เหมาะสม (alcohol abuse) ล้วนนำไปสู่ความบกพร่อง สูญเสีย ความทุกข์ทรมาน และการออกฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ลดการทำงานของระบบประสาทของบุคคล ทำให้เกิดพยาธิสภาพด้านชีวภาพ

(Biological factor) โดยตรงและนำมาซึ่งผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจจิตสังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย จากกลไกของสารเคมีในระบบประสาท (neurochemical mechanism) โดย Dopamine D2 receptor⁸

บทความนี้ได้ทบทวนวรรณกรรมเพื่ออธิบายเกี่ยวกับโรคจิตจากสุรา เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจโรคจิตจากสุรามากยิ่งขึ้น รวมทั้งนำเสนอการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา เพื่อป้องกันผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับการบำบัดรักษา และได้รับการพยาบาลอย่างครอบคลุมบรรลุทั้งเป้าหมายการพยาบาล ลดการกลับเป็นซ้ำและการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

โรคจิตจากสุรา (Alcohol induced psychotic disorder: AIPD)

โรคจิตจากสุรา ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders fifth edition (DSM-5) ระบุอาการ ดังนี้ (A) มีอาการประสาทหลอนหรืออาการหลงผิดอย่างเห็นได้ชัด โดย (B) มีหลักฐานจากประวัติ การตรวจร่างกาย หรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการว่าอาการดังกล่าวเกิดขึ้นภายในหรือระหว่างเดือนที่มีอาการมึนเมาหรือเลิกสุรา (C) อาการโรคจิตที่ยังคงอยู่ต่อเนื่องนานหลังหยุดดื่มหรือหลังภาวะถอนพิษสุราผ่านไปแล้ว โดยโรคจิตที่พบไม่ได้เกิดจากสารเสพติด (เช่น มีอาการก่อนการใช้สารเสพติด) และ (D) ไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะในช่วงระยะเวลาของภาวะสับสนเพื่อคั้ง ช่วงเวลาที่เริ่มมีอาการ ควรเป็นระหว่างหรือเร็วๆ นี้ หลังจากมึนเมาหรือถอนสุรา⁹ สำหรับองค์การอนามัยโลก โรคจิตจากสุรา ใช้รหัส F 10.5 ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมเนื่องจากการดื่มสุรา¹⁰ ผู้ป่วยจะมีอาการโรคจิต ซึ่งเกิดร่วมกับการดื่มสุราจัดเป็นเวลานาน โดยอาการสำคัญที่พบมากที่สุด คือ ประสาทหลอนทางหูหรือหูแว่ว (auditory hallucination) ในขณะที่ระดับความรู้สึกตัวยังคงปกติ หรือเลอะเลือนไปเพียง

เล็กน้อยเท่านั้น โรคนี้จะเกิดหลังจากการดื่มสุราน้อยลงหรือหยุดดื่ม มักเกิดอาการภายใน 48 ชั่วโมงหลังหยุดดื่มสุรา แต่บางรายอาจเกิดหลังจากหยุดดื่มมานานกว่านี้หลายสัปดาห์ถึงหลายเดือนหลังหยุดดื่ม วินิจฉัยจากประวัติการดื่มสุราอย่างหนัก ไม่มีประวัติการป่วยด้วยโรคจิตจากสาเหตุใดๆ มาก่อน และไม่ได้อยู่ในช่วงของภาวะถอนพิษสุรา (alcohol withdrawal) หรือภาวะสับสนเพ้อคลั่ง (delirium tremens)

อาการแสดงของโรคจิตจากสุรา ผู้ป่วยแต่ละรายจะมีอาการแสดงแตกต่างกัน บางรายมีอาการหลงผิด (delusions) หลงผิดหวาดระแวง (paranoid delusions) คิดว่าผู้อื่นปองร้าย คอยติดตาม จะทำร้ายตน บางรายมีอาการประสาทหลอน (hallucinations) เป็นการรับรู้ที่ไม่อยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง เช่น อาการประสาทหลอนทางหูหรือหูแว่ว (auditory hallucination) และเห็นภาพหลอน (visual hallucination) บางรายมีความผิดปกติด้านความคิด (disordered thinking) ความคิดกระจัดกระจาย พูดไม่สัมพันธ์กัน บางรายมีอาการวุ่นวาย (agitation) อาจจะรบกวนและก่อพฤติกรรมรุนแรง บางรายสับสน (confusion) มีภาวะซึมเศร้า (depression) และวิตกกังวล (anxiety)¹¹

โรคจิตจากสุรา อาจเกิดขึ้นได้ในระยะพิษสุราเฉียบพลัน ระยะถอนพิษสุรา และโรคติดสุราเรื้อรัง ผู้ที่เป็นโรคติดสุราเรื้อรังและดื่มสุราอย่างหนักและเป็นเวลานานมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นที่จะพัฒนาเกิดลักษณะอาการทางจิต เช่น อาการภาพหลอน อาการหลงผิด และอาการอื่นๆ ที่คล้ายกับโรคจิตเภท^{12, 13} ส่วนใหญ่รับไว้รักษาที่โรงพยาบาล และมีอาการถอนพิษสุรา ซึ่งบางรายอาจจะไม่มีหรือไม่มีภาวะเพ้อสับสนจากการถอนสุรา (delirium tremens) ก็ได้ อย่างไรก็ตามโรคจิตจากสุรา มีอาการทางจิตที่ต้องเฝ้าระวังความเสี่ยงที่จะเป็นอันตรายจากปัญหาการรับรู้ (perception) ที่แปรปรวนจากอาการประสาทหลอน (Hallucination) อาการหวาดระแวง (Paranoid) อาจจะมีพบปัญหาการใช้ความรุนแรงทางพฤติกรรม ทำร้าย

ผู้อื่น ทำลายสิ่งของและมีความคิดฆ่าตัวตายที่นำไปสู่การทำร้ายตนเอง หากไม่ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว อาจนำไปสู่ผลเสียที่รุนแรงมากขึ้น¹² โรคจิตจากสุรา (Alcohol induced psychotic disorder: AIPD) เป็นความผิดปกติทางจิตใจและพฤติกรรมที่ปรากฏภายใน 2 สัปดาห์ของการดื่มสุราและหยุดดื่มหรือขาดสุรามากกว่า 48 ชั่วโมง ผู้ที่ดื่มเป็นระยะเวลานานเป็นสัปดาห์เป็นเดือน หรือมากกว่า แล้วหยุดดื่มหรือลดปริมาณการดื่มลง อาจทำให้เกิดอาการทางจิต เช่น หลงผิดประสาทหลอน ความคิดผิดปกติ ภาวะอารมณ์ผิดปกติ¹³

การศึกษาความชุกของการเกิดโรคจิตจากสุราทั่วไปพบร้อยละ 0.41 ในผู้ติดสุราพบร้อยละ 0.4–0.6¹⁴ ผู้ที่ติดสุราเมื่อดื่มอย่างหนักแล้วหยุดดื่มจะพบอาการประสาทหลอนทางหู (auditory hallucination) และหลงผิดหวาดระแวง (paranoid delusions) ถึงร้อยละ 3¹⁵ อาการทางคลินิกที่พบ ร้อยละ 3 มีอาการหูแว่ว (auditory hallucination) หลงผิด (delusion) และหวาดระแวง (paranoid) และพบความชุกของการเกิดอาการทางจิตในผู้ป่วย AIPD ร้อยละ 6.19¹⁵ การศึกษาในประเทศอินเดียพบว่า อาการทางจิตที่เกิดจากสุราจากจำนวน 61 รายมีอาการหูแว่ว (auditory hallucination) ร้อยละ 67.2 อาการหลงผิด คิดว่าถูกข่มเหง โดนรังแก (persecution) ร้อยละ 55.7 คิดว่ามีคนนิทาว่าร้ายตนเองและกล่าวถึงตนเองในทางไม่ดี (Idea of Reference) ร้อยละ 20.5 เห็นภาพหลอน (Visual Hallucination) และมีความคิดฆ่าตัวตาย (Suicide Ideation) ร้อยละ 19.7¹⁶ ในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา เริ่มดื่มตั้งแต่อายุน้อยและดื่มสุราอย่างหนักดื่มเป็นระยะเวลาดำเนินยาวนาน พบความชุกของการเกิดอาการทางจิต ร้อยละ 9 และพบอาการประสาทหลอนทางหูมากที่สุด¹⁷

บทความนี้ ผู้เขียนได้ทบทวนวรรณกรรมเพื่ออธิบายเกี่ยวกับโรคจิตจากสุรา และนำเสนอการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา เพื่อป้องกันผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่เหมาะสม

โดยขอแนะนำเสนอกรณีศึกษาและการพยาบาลผู้ป่วย
ภาวะโรคจิตจากสุรา ดังนี้

กรณีศึกษา: ผู้ป่วยภาวะโรคจิตจากสุรา

ข้อมูลทั่วไปโดยสรุปของกรณีศึกษา

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 48 ปี สถานภาพ หย่าร้าง
นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาสูงสุด มัธยมศึกษา
ปีที่ 3 ว่างงาน รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ครั้งที่ 1
การวินิจฉัยโรค Alcohol induced psychotic disorder
อาการสำคัญก่อนนำส่งโรงพยาบาล ดุร้าย พุดคนเดียว
มีพฤติกรรมเดินรอบหมู่บ้านก่อความรำคาญ เป็นมา
2 วันก่อนมาโรงพยาบาล

ผู้ป่วยมีประวัติดื่มสุราจัดตั้งแต่อายุ 20 ปี ให้
ประวัติว่าเริ่มดื่มตั้งแต่อายุ 12 ปี ดื่มกับเพื่อนเพราะ
อยากรลอง สุราที่ดื่มคือสุราขาว 40 ดีกรีวันละ
ประมาณ 1-2 ขวดและเมาเกือบทุกวัน ไม่มีใครจ้าง
ทำงาน ผู้ป่วยเริ่มมีอาการทางจิตเมื่อประมาณ 2 ปี
มีอาการหูแว่ว ได้ยินเสียงคนพูดตำหนิเรื่องดื่มสุรา
และบางครั้งเป็นเสียงคนคุยกันจับใจความไม่ได้ และ
นอนไม่หลับ ญาติจึงพาไปรักษาที่โรงพยาบาล
อยู่โรงพยาบาลประมาณ 14 วัน อาการทุเลาลง และหู
แว่วหายไปได้ รับการวินิจฉัยโรค alcohol dependence
แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ผู้ป่วยไม่รับประทานยาและ
ผู้ป่วยไม่ได้ไปติดตามการรักษา ยังมีพฤติกรรมดื่มสุรา
อย่างหนักเหมือนเดิม

1 ปีก่อน ผู้ป่วยดื่มสุรามากขึ้น มีอาการมือสั่น
พูดเรื่อยเปื่อย พูดไม่รู้เรื่อง ญาติพามาโรงพยาบาล
ชุมชนด้วยอาการหงุดหงิด ชักเกร็ง รักษาตัวประมาณ
10 วัน ได้รับการวินิจฉัยโรค Alcohol withdrawal with
delirium หลังออกจากออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วย
รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง เคยพยายามทดลองหยุดดื่ม
สุราได้ประมาณ 1 เดือน ผู้ป่วยทนไม่ไหวหวนกลับมา
ดื่มสุราตามเดิม

7 วันก่อนมาโรงพยาบาลจิตเวช ผู้ป่วยมีอาการ
มือสั่น พุดคนเดียว ชักเกร็งกระตุก ญาตินำส่ง
โรงพยาบาลจังหวัด อยู่รักษาประมาณ 2 สัปดาห์
ผู้ป่วยมีอาการมึนงงสับสน นอนไม่หลับ พุดคนเดียว

อาการไม่ทุเลา จึงส่งตัวต่อมารักษาในโรงพยาบาล
จิตเวช

ผู้ป่วยเมาสุราเกือบทุกวันทำให้ทะเลาะกับภรรยา
บ่อยๆ และบางครั้งถึงทุบตีกัน ปัจจุบันเลิกกรากับ
ภรรยาได้ประมาณ 5 เดือน และอยู่บ้านคนเดียว ส่วน
มารดาภาน้องสาวอยู่บ้านอีกหลังแต่ยังอยู่ในหมู่บ้าน
เดียวกัน บิดาเสียชีวิตแล้ว ผู้ป่วยไม่มีประวัติการ
เจ็บป่วยทางจิตมาก่อน ไม่เคยมีอุบัติเหตุทางสมอง
และไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว
ผู้ป่วยเป็นคนพุดน้อย เก็บตัว ไม่ค่อยไว้วางใจใคร

การตรวจสภาพจิต (Mental status examination)
ชายไทยวัยผู้ใหญ่ รูปร่างสมส่วน ผิวดำแดง ไม่มี
บาดแผลตามร่างกาย แต่งกายด้วยชุดของ
โรงพยาบาล สะอาด สุขวิทยาส่วนบุคคลดี ขณะพุดคุย
สบตาเป็นพักๆ สีหน้าวิตกกังวล ให้ความร่วมมือใน
การสนทนา อารมณ์โดยรวมและต่อเหตุการณ์ (affect
and mood) บอกว่าเฉยๆ สีหน้ามีความวิตกกังวล
แสดงอารมณ์สอดคล้องกับเรื่องที่เล่า การพุดและการ
ใช้ภาษา (speech and language) ไม่ช้าหรือเร็วเกินไป
ไม่มีพุดเรื่อยเปื่อย ตอบคำถามตรงประเด็น ความคิด
(thought) มีรูปแบบความคิดเชื่อมโยงและต่อเนื่อง
ปฏิเสธความคิดอยากตาย ยังมีความคิดหวาดระแวง
กลัวคนทำร้ายบางครั้ง ไม่ค่อยไว้วางใจใคร
(Persecutory delusion type) การรับรู้(perception) มีหู
แว่ว (auditory hallucination) บอกว่าได้ยินเสียงคนคุย
มีทั้งเสียงผู้ชายและผู้หญิง บางครั้งจับใจความไม่ได้
บางครั้งเป็นเสียงตำหนิ บางครั้งเป็นเสียงชมเชย ได้ยิน
มากช่วงกลางคืน เสียงที่ได้ยินมักจะทำให้สะดุ้งตื่น
ตอนกลางคืน ทำให้ตนเองกังวล หวาดกลัวเล็กน้อย
และหงุดหงิดรำคาญ ปฏิเสธเห็นภาพหลอน (visual
hallucination) ปฏิเสธการได้กลิ่นผิดปกติ (olfactory
hallucination) และปฏิเสธสัมผัสผิดปกติ (tactile
hallucination) ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแยกตัวเพราะบางครั้ง
กลัวเสียงที่ได้ยิน การรับรู้ เวลา สถานที่ และบุคคล
(orientation) ปกติ สามารถระบุวันที่ เวลา สถานที่และ
บุคคลได้ ความรู้สึกตัว (conscious) รู้สึกตัวดี ถามตอบ

รู้เรื่องสมาธิและความสนใจ (attention and concentration) ไม่มีสมาธิ วอกแวกง่ายเมื่อมีสิ่งรอบข้างกระตุ้น ความจำ (memory) ปกติ ทั้งความจำในปัจจุบัน (recent memory) ความจำในอดีต (remote memory) และความจำที่เพิ่งเกิดขึ้น (recall memory) สามารถบอกวันเดือนปีเกิด บอกข้อมูลส่วนตัวและบ้านเลขที่ตนเอง สามารถตอบได้ว่าตนเองทำกิจกรรมอะไรมาบ้างก่อนหน้าพบพยาบาล การตัดสินใจ (judgment) เหมาะสม การรู้จักตนเอง (insight) ผู้ป่วยบอกว่ารู้ว่าตนเองมาโรงพยาบาลเพราะการดื่มสุราอย่างหนัก แต่ไม่รับประทานยาเพราะคิดว่าตนเองไม่ได้ป่วย

การบำบัดรักษาด้วยยาและจิตสังคมบำบัด

การบำบัดด้วยยา: Lorazepam (2 mg) 1 tab t.i.d. oral pc and 3 tab x hs, Vitamin B1-6-12 (100) 1tab oral t.i.d. pc, Folic acid 1tab oral OD เข้า, Lorazepam (2mg.) 1-2 tab for CIWA-Ar / Diazepam (10 mg.) IV prn. for alcohol withdrawal symptoms according to nursing guideline for alcohol withdrawal management, Haloperidol 5 mg IM prn for agitation, Sertraline (50) 1tab oral pc, Perphenazine (8) 1tab oral b.i.d. pc ต่อมา off Lorazepam เดิม ให้ Clozapine (25) ¼ tab oral hs.

จิตสังคมบำบัด: เมื่อผู้ป่วยอาการทุเลาจากถอนพิษสุรา พยาบาลส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดด้านจิตสังคม เพื่อฟื้นฟูด้านจิตใจและพัฒนาทักษะทางสังคมและด้านอื่นๆ ที่พร่องไป และเติมเต็มให้ผู้ผู้ป่วยพร้อมออกจากโรงพยาบาลกลับคืนสู่การดูแลโดยครอบครัวและชุมชน การบำบัดสามารถจัดให้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มตามความเหมาะสม ตามอาการและตามศักยภาพของผู้ป่วยที่จะทำได้ เป็นการเตรียมความพร้อมโดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เมื่อผู้ป่วยอาการทุเลาลง ส่งเสริมการเข้าร่วมกลุ่มย่อยที่ไม่ยากและซับซ้อน ร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัด กลุ่มบำบัดในรูปแบบต่างๆ กลุ่มจิตสังคมบำบัด รวมทั้งสร้างแรงจูงใจเพื่อลดละเลิกการ

ดื่มสุรา และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวให้มีความเข้าใจต่อการดูแลผู้ป่วย

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะโรคจิตจากสุรา

กรณีศึกษารายนี้ ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล เมื่อพยาบาลเก็บรวบรวมข้อมูลที่สำคัญแล้วนำข้อมูลมาเขียนแผนการพยาบาลประกอบด้วย ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุนวัตถุประสงค์ เกณฑ์การประเมินผล กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผล โดยมีเป้าหมายระยะสั้น (Short term objective) มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัยในขณะที่มีภาวะถอนพิษสุรา มีปัญหาการนอนและได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม รวมถึงการดูแลตนเอง การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมให้ผู้ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้ ได้แก่ ข้อที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากอยู่ในระยะถอนพิษสุรา ข้อที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นเนื่องจากมีอาการหวิวและหวาดระแวง และเป้าหมายระยะยาว (Long term objective) มีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา มุ่งเน้นให้เกิดความเข้าใจในปัญหาของตนเอง และประเมินความพร้อมของครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วย มุ่งเน้นการสร้างแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมของครอบครัวให้มีความเข้าใจต่อการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ข้อที่ 3 เสี่ยงต่อเกิดการกลับเป็นซ้ำเมื่อกลับไปอยู่บ้านเนื่องจากการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสมและดื่มสุรา

ตัวอย่างการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา รายนี้ พยาบาลได้ใช้กระบวนการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อให้สามารถมองเห็นปัญหา การเชื่อมโยงไปสู่กระบวนการพยาบาล ซึ่งเป็นแนวทางที่จะช่วยแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การช่วยเหลือในระยะแรก มุ่งเน้นมิติด้านร่างกาย โดยช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยได้พักผ่อน

จากอาการไม่สุขสบายและป้องกันภาวะแทรกซ้อน การช่วยเหลือในระยะหลัง คือ มิติด้านการฟื้นฟู ทางด้านจิตใจ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆ ซึ่งต้องใช้ เวลานานและต่อเนื่อง จึงจะทำให้ผู้ป่วยสามารถ ปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้

1. เป้าหมายระยะสั้น (Short term objective) มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้ ได้รับความปลอดภัยในขณะที่มีภาวะถอนพิษสุรา มีปัญหาการนอนหลับและให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล อย่างเหมาะสม รวมถึงการดูแลตนเอง การจัด สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้

ข้อวินิจฉัยที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากอยู่ในระยะถอนพิษสุรา

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective Data: ผู้ป่วยบอกว่า “นอนยังไม่หลับ นอนยากนะ เวลาเช้าก็ต้องตื่นแล้ว”

Subjective Data: ผู้ป่วยบอกว่า “นอนไม่ได้ เลย”

Objective Data: จากการสังเกตผู้ป่วยมีอาการ มือสั่น กระวนกระวาย สับสนมาก เหงื่อออกทั่วตัว ไม่รับรู้วันเวลาสถานที่ ต้องจำกัดพฤติกรรมไว้บนเตียง ประเมินภาวะขาดสุรา (CIWA-Ar Score) = 21 คะแนน

Objective Data: จากการสื่อสารของทีมการ พยาบาลที่ดูแลพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาการนอนต้องได้รับ ยาตาม CIWA-Ar score ในช่วงเวลากลางคืน อยู่ใน ระยะลดระดับยา Lorazepam

เป้าหมาย/วัตถุประสงค์ (Goals/Objectives)

1. เพื่อบรรเทาการนอนไม่หลับจากอาการ ถอนพิษสุรา
2. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก ภาวะถอนพิษสุรา

เกณฑ์การประเมินผล (Outcome criteria)

1. ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะถอน พิษสุรา เช่น อุบัติเหตุ ภาวะขาดน้ำ และภาวะน้ำตาล ในเลือดต่ำ

2. ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะถอนพิษ สุรารุนแรง เช่น ชักเกร็ง สั่น กระวนกระวาย

3. ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้

4. ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

5. CIWA-Ar score มีค่าคะแนน น้อยกว่า 7 หรือไม่มีภาวะถอนพิษสุรา

การวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan)

1. ชักประวัติการดื่มสุราอย่างละเอียดในเรื่อง ปริมาณการดื่ม ชนิดของสุราและการดื่มครั้งสุดท้าย

2. ประเมินระดับความรุนแรงและอันตรายจาก ภาวะถอนพิษสุรา ได้แก่ ประวัติการดื่มในอดีตที่เพิ่ง ผ่านมาการดื่มเร็วๆ นี้ ความถี่ ปริมาณและการดื่มครั้ง สุดท้าย ระยะเวลาในการดื่ม ปริมาณ การดื่มสุราต่อ วัน ประวัติการเกิดอาการถอนพิษสุรา อาการชัก อาการประสาทหลอน หรือเพื่อสับสน การประเมิน ทางด้านร่างกายโดยการวัดสัญญาณชีพ อาการที่ บอถึงการดื่มสุราเรื้อรังเช่น ตาแดง หน้าบวม โรค ทางกายที่พบ เช่น โรคแผลในกระเพาะอาหาร ท้องเสีย โรคตับ หัวใจเต้นผิดปกติ ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

2.1 ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา คือ Lorazepam (2) mg 1 tab oral t.i.d. pc, Lorazepam (2) mg 1 - 2 tab oral prn for CIWA-Ar score, Diazepam (10) mg Vein Prn for CIWA-Ar score

2.2 ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามแบบ บันทึกดัดตามอาการถอนพิษสุรารายบุคคลตามแบบ ประเมิน CIWA-Ar score

3. ระวังระวังอุบัติเหตุ หกล้ม ตกเตียง เพราะ ฤทธิ์ยาเผลอทำให้ง่วงนอน

4. ประเมินและเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยาที่ได้รับ

5. ให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องอาการข้างเคียงของยา เช่น ยาจะก่อกำหนดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้มีอาการง่วงซึม ความสามารถในการคิด จำและการตัดสินใจลดลง สมาธิลดลง การควบคุมแขนขาไม่สัมพันธ์กัน ไม่มีแรง แนะนำผู้ป่วยหากมีอาการดังกล่าวมากจนไม่สามารถทนได้ให้แจ้งพยาบาล เพื่อรายงานแพทย์ปรับเปลี่ยนการรักษาต่อไป

6. แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าอย่างช้าๆ เพื่อป้องกันอาการเวียนศีรษะ

7. ตรวจวัดสัญญาณชีพ สังเกตอาการของการเกิดภาวะสับสนเพ้อคลั่ง (delirium tremens) ตามแบบประเมิน CIWA-Ar score

8. การติดตามความสมดุลในการทำงานของไต (intake and output monitoring) และการตรวจทางห้องปฏิบัติการซ้ำเพื่อประเมินอาการ (ถ้ามี)

9. การเฝ้าระวังการทำงานของหัวใจเต้นผิดปกติ หากผิดปกติให้รายงานแพทย์

10. จัดผู้ป่วยให้อยู่ในห้องหรืออยู่ใกล้ที่อยู่ของพยาบาลซึ่งสามารถสังเกตอาการผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิด

11. การลดสิ่งกระตุ้นผู้ป่วย เพื่อป้องกันการได้รับอุบัติเหตุหรืออันตรายจากอาการประสาทหลอนหรือหลงผิด และเฝ้าระวังการเกิดอาการชัก รวมถึงหากเกิดอาการชักให้สามารถช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัย

12. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยตั้งราวข้างเตียงขึ้น จัดเตรียมอุปกรณ์ การป้องกันการกัดลิ้นไว้ข้างเตียง และเฝ้าระวังขณะผู้ป่วยนอนหลับจากภาวะสับสน หรือพยายามปีนลงจากเตียงเพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้

13. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะงุนงง สับสน การทรงตัวไม่ดี พิจารณาผูกยึดตามความเหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ในระหว่างผูกมัดให้การพยาบาล ดังนี้

- ประเมินผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานี้ในผู้ป่วยในแล้วพบว่าอยู่ในระยะถอนพิษสุราและมีอาการ

สับสน ไม่รับรู้บุคคล เวลา และสถานที่ หรือแม้แต่มองอยู่หนึ่งมีพฤติกรรมรุนแรงดูแลให้ได้รับการตอบสนองขั้นพื้นฐาน

- ดูแลเรื่องอาหาร น้ำดื่ม ระวังการสำลัก ทดสอบการกลืนก่อนทุกครั้ง เพื่อป้องกันการสำลักเข้าปอด (aspiration pneumonia)

- ดูแลเปลี่ยนท่าทุก 1 – 2 ชั่วโมง และเฝ้า การเกิดแผลกดทับและบริเวณรอบผกมัต

- ตรวจเย็บมอาการทุก 15-30 นาที เพื่อ สอบถามความรู้สึก ความต้องการของผู้ป่วย

- เฝ้าระวังความเสี่ยงต่าง ๆ เช่นการเกิด อุบัติเหตุการหกล้มบาดเจ็บจากการผูกมัด

- ดูแลการพักผ่อน การขับถ่าย ขณะที่ผู้ป่วยผูกมัด

14. ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ และเฝ้า ระวังภาวะขาดน้ำ

15. เฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โดย ติดตามค่าน้ำตาลในเลือด (FBS) หากผิดปกติให้ รายงานแพทย์

ประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

1. ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางกายรุนแรง จากภาวะถอนพิษสุรา เช่น ไม่เกิดอุบัติเหตุ มีภาวะขาดน้ำ ปากแห้งเล็กน้อยหลังจากการให้การดูแลไม่ เกิดภาวะขาดน้ำรุนแรง ไม่มีอาการและอาการแสดง ของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ

2. ในช่วง 3 วันแรกผู้ป่วยยังมีอาการแสดงของ ภาวะถอนพิษสุราในช่วงเวลากลางคืน ไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น การชัก หลังจากนั้น อาการดีขึ้น พุดคุยรู้เรื่องมากขึ้น ไม่มีอาการงุนงงและ สับสน รับทราบ วัน เวลา สถานที่ บุคคล วันที่

3. ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้หลัง ได้รับยาบรรเทาอาการ

4. ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ
อุณหภูมิร่างกาย = 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ = 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ = 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต = 134/77 มิลลิเมตรปรอท

5. แบบประเมิน CIWA-Ar score = 2 คะแนน และยุติการประเมินเมื่อครบ 6 วัน

ข้อวินิจฉัยที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นเนื่องจากมีอาการหิวแหว่และหวาดระแวง

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective Data: ผู้ป่วยบอกว่า “มีหิวแหว่เป็นเสียงคนมากระซิบ บางครั้งพูดเรื่อยเปื่อยจับใจความไม่ได้”

Subjective Data: ผู้ป่วยบอกว่า “หิวแหว่ทำให้หงุดหงิดไม่ไหว”

Objective Data: สังเกตเห็นผู้ป่วยพูดคนเดียว

Objective Data: สังเกตเห็นผู้ป่วยเดินไปมา กระวนกระวาย เดินวนไปมาในบริเวณหอผู้ป่วย หมดระวังตัวเอง ท่าทางหวาดระแวง

เป้าหมาย/วัตถุประสงค์ (Goals/Objectives)

1. เพื่อให้ผู้ป่วยแสดงอาการออกอย่างเหมาะสมและควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ ไม่ทำร้ายผู้อื่น

2. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้นทั้งต่อตนเองและผู้อื่น

3. สามารถจัดการกับอาการหิวแหว่ได้

เกณฑ์การประเมินผล (Outcome criteria)

1. ผู้ป่วยปลอดภัยไม่ได้รับอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล

2. ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมได้เหมาะสม รู้สึกไว้วางใจและมีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาล เจ้าหน้าที่ และเพื่อนผู้ป่วยอื่น ผู้ป่วยมีภาวะหวาดระแวงลดลงภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์

การวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan)

1. ประเมินการรับรู้ อาการหิวแหว่ อาการประสาทหลอน และประเมินภาวะหวาดระแวงที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นโดยสังเกตจาก

พฤติกรรมอารมณ์ที่แสดงออกทางคำพูด ท่าทาง การกระทำของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

2. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยทุกวัน วันละ 30-45 นาที เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจพยาบาล โดยแนะนำตัวพยาบาลก่อนว่าเป็นใคร จะช่วยเหลืออะไรได้บ้างก่อนที่จะเข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วยครั้งแรก และในครั้งต่อไป ถ้าจำเป็นอาจต้องแนะนำซ้ำอีก

3. ขณะสนทนาอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์ของผู้ป่วยที่จะได้รับในการให้ประวัติอย่างละเอียด และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และสิ่งที่บอกมานั้นเป็นความลับเฉพาะทีมผู้รักษาท่านั้น ถ้าจำเป็นต้องบันทึกข้อมูลไว้ควรบันทึกเฉพาะข้อมูลที่จำเป็นต่อหน้าผู้ป่วย

4. บอกความจริงกับผู้ป่วยทุกครั้งที่แสดงอาการหวาดระแวง เช่น “ดูเหมือนว่าคุณกำลังไม่สบายใจ อะไรทำให้คุณหวาดระแวงกลัว พยาบาลกำลังอยู่เป็นเพื่อนคุณ คุณสามารถบอกสิ่งที่คุณไม่สบายใจ หวาดระแวงกลัวกับพยาบาลได้” และทุกสถานการณ์พูดกับผู้ป่วยอย่างเปิดเผยไม่มีการกระซิบกระซาบ ตอบคำถามอย่างตรงไปตรงมา ไม่มีการลั่นเสียง

5. สังเกตอาการอย่างใกล้ชิดทุก 1 ชั่วโมง โดยสังเกตพฤติกรรมแสดงออก กิริยาท่าทาง คำพูดถ้าผู้ป่วยมีอาการหวาดระแวงมาก ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ พยาบาลพิจารณาให้ยา Haloperidol 5 mg IM prn for agitation ทันทีตามแผนการรักษา และพิจารณาจำกัดพฤติกรรมโดยการแยกห้อง หรือการผูกมัดไว้บนเตียงหากพบว่าผู้ป่วยมีภาวะอันตรายไม่สามารถควบคุมตนเองได้มีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายตนเอง และบุคคลอื่น โดยบอกเหตุผลให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งว่า “เป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้มีการควบคุมตนเอง” วัดสัญญาณชีพ และตรวจดูบริเวณที่ผูกยึดผู้ป่วยตลอดจนเปลี่ยนท่าให้ผู้ป่วยทุก 30 นาที หากอาการไม่ทุเลา พิจารณารายงานแพทย์เจ้าของไข้เพื่อพิจารณาให้ยาซ้ำ

6. รายงานแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงกับแพทย์และส่งเวรโดยละเอียดตลอดจนบันทึกอาการทุก 8 ชั่วโมง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

7. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยและจัดเก็บสิ่งที่ผู้ป่วยอาจใช้เป็นอาวุธ เช่น ช้อน ถาดอาหาร เชือก ผูกมัด

8. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ตลอด 24 ชั่วโมง ประกอบด้วย Lorazepam (2 mg) 1 tab t.i.d. oral pc and 3 tab x hs, Vitamin B1-6-12 (100) 1tab oral t.i.d. pc, Folic acid 1tab oral Am OD, Sertraline (50) 1tab oral pc, Perphenazine (8) 1tab oral b.i.d. pc, Clozapine (25) ¼ tab oral hs. ติดตาม สังเกต การรับประทานยาของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ระวังผู้ป่วยซ่อนยาไว้ในปากและใต้ลิ้น ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีที่ทำซ่อนยาให้ตรวจดูในช่องปาก โดยให้ผู้ป่วยอ้าปากและกระดกลิ้นขึ้นพร้อมทั้งชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบว่า การให้ยาเป็นส่วนหนึ่งของแผนการรักษา กรณีที่ผู้ป่วยมีความลังเลใจในการรับประทานยาหรือมีแอบซ่อนยาให้รายงานแพทย์ผู้รักษาทราบ เพื่อพิจารณาเปลี่ยนเป็นยาน้ำชนิดแทนยาเกิน เช่น ยา Haloperidol 5 mg IM prn for agitation

9. ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา Clozapine ประกอบด้วย (1) วัด Vital Sign ทุก 4 ชั่วโมงและเฝ้าระวังสังเกตภาวะ Tachycardia (2) เฝ้าระวังสังเกตภาวะ Agranulocytosis (3) เฝ้าระวัง สังเกตอาการชัก และระวังภาวะ Aspirate Pneumonia (4) เฝ้าระวัง อุบัติเหตุ หรือหกล้ม และ (5) เฝ้าระวังสังเกตอาการ Obsessive Compulsive Disorder

ประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

1. ผู้ป่วยปลอดภัยไม่ได้รับอันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่นขณะรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล โดยในสัปดาห์แรก ผู้ป่วยมีอาการหิวแหว่ หวาดระแวง กลัวคนมาทำร้าย บางครั้งพยายามจะทำร้ายคนอื่น ในช่วงที่เฝ้าระวังภาวะถอนพิษสุรามีอาการทางจิตร่วม ต้องจำกัดพฤติกรรมโดยให้อยู่ในห้องแยกและบางครั้ง

แนะนำไม่รับฟัง อาการไม่สงบ ต้องจำกัดพฤติกรรม โดยการผูกมัดไว้บนเตียงเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะอันตรายไม่สามารถควบคุมตนเองได้มีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายตนเอง และบุคคลอื่น พิจารณารายงานแพทย์เช้าและให้ยาบรรเทาอาการ คือ Haloperidol 5 mg IM prn for agitation ในสัปดาห์ที่ 2 ผู้ป่วยปฏิเสธอาการระแวง ผู้ป่วยรับประทานยาครบตามแผนการรักษา ในสัปดาห์ที่ 3 ผู้ป่วยปฏิเสธอาการระแวง ร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ได้

2. ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมเหมาะสม รู้สึกไว้วางใจ มีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาล ไม่พบอาการหวาดระแวง รับรู้ความเป็นจริง ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ร่วมกิจกรรมกลุ่มสนใจได้ดีมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นดีในสัปดาห์ที่ 2

2. เป้าหมายระยะยาว (Long term objective) มีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา มุ่งเน้นให้เกิดความเข้าใจในปัญหาของตนเอง และประเมินสถานะความพร้อมของครอบครัว ชุมชน ของผู้ป่วย มุ่งเน้นการสร้างแรงจูงใจ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวให้มีความเข้าใจต่อการดูแลผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดการกลับเป็นซ้ำ เมื่อกลับไปอยู่บ้านเนื่องจากการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสมและดื่มสุรา

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective Data: “เหล้าคือมิตร เหล้าคือความสนุกสนานทำให้ลืมทุกอย่างที่ไม่สบายใจ ไม่เคยตำหนิตัวเองกลับ เมมาแล้วมีแต่ความสนุกสนาน ลดปัญหาชั่วคราวแต่สุขใจ”

Subjective Data: “เลิกไม่ได้หรอก บอกไปก็ไปกินเหล้าดื่มเหล้าขาว ยังไม่ถึงเวลา”

Objective Data: มีระดับแรงจูงใจในระดับที่ 1 หรือ ขึ้นเกินเฉย

เป้าหมาย/วัตถุประสงค์

(Goals/Objectives)

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ตลอดจนแนวทางการรักษา การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องทั้งขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล และกลับไปอยู่ที่บ้าน
2. เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้นาน
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเรื่องความเชื่อต่อการรับรู้ปัญหาของตนเอง
4. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรู้วิธีในการจัดการความเครียดที่เหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล (Outcome

criteria)

1. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยตลอดจนแนวทางในการรักษาที่ถูกต้องโดยสามารถบอกถึงสาเหตุ อาการ การรักษา ได้ถูกต้องอย่างน้อย 3 ข้อ
2. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการรักษาพยาบาลและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลและขณะกลับไปอยู่ที่บ้านสามารถบอกวิธีปฏิบัติตัวได้ถูกต้องอย่างน้อย 4 ข้อ
3. ผู้ป่วยมีความเข้าใจเรื่องความเชื่อต่อการรับรู้ปัญหาของตนเองในทิศทางบวก สามารถตอบคำถามเชิงบวกได้อย่างน้อย 3 ข้อ

การวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan)

1. สนทนากับผู้ป่วยแบบ 1: 1 วันละ 30 -45 นาที ทุกวัน
2. ให้สุขภาพจิตศึกษา เรื่องการลดละเลิกสุรา การคิดเชิงบวก การจัดการกับสิ่งกระตุ้นภายนอก และภายใน ทักษะการปฏิเสธ มุมมองเชิงบวกต่อตนเอง ทักษะการแก้ไขปัญหา การรักษาด้วยยา การปฏิบัติตนขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล การให้การศึกษา เรื่องการมองตนเองและการจัดการกับความเครียดขณะอยู่ที่บ้าน 1 เรื่องทุกวัน เพื่อให้ผู้ป่วย

มีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้น ได้แสดงความคิดเห็นและเพื่อนร่วมกลุ่มได้แสดงความคิดเห็นร่วมกันด้วย

3. ให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief advice) แก่ผู้ป่วย เพราะการทำหน้าที่ให้ข้อมูลเพื่อโน้มน้าวให้ผู้ป่วยเห็นถึงปัญหาที่เกิดขึ้น เป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลโดยใช้เวลาสั้นๆ ประมาณ 5-10 นาที การให้คำปรึกษาแบบนี้เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่มีความเหมาะสมกับผู้ที่มีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเองในระดับน้อย การกระทำตามขั้นตอนมีหลากหลายวิธี เช่น การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ การให้ความรู้(Provide information) การใช้ผลกระทบจากการใช้สารเสพติดตามกำหนดเป้าหมาย (Establish a goal) การให้คำแนะนำการมี การดื่มหรือการเสพเริ่มที่มีผลกระทบ (Give advice on Prohibition) โดยใช้การอธิบายปริมาณ วิธีการดื่มหรือเสพที่ต้องระมัดระวัง และการให้กำลังใจ (Provide Encouragement) เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับคำแนะนำแบบสั้นที่ตรงประเด็นปัญหาโน้มน้าวไปสู่การแก้ไข

4. หากผู้ป่วยเริ่มลังเลใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ สะท้อนปัญหาที่เกิดขึ้นจากสิ่งที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญ พยาบาลทำหน้าที่บำบัดแบบสั้น (Brief Intervention) ในแต่ละ Section กำหนดด้วยระยะเวลา 15 -30 นาทีอยู่ภายใต้ Motivational Interviewing เนื่องจาก Motivational Interviewing เป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจมีความแตกต่างจากคำแนะนำทั่วไปหรือการสอน ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการสนทนา สร้างความเป็นอันหนึ่งอันเดียว เป็นพวกเดียวกัน (Collaboration) พยาบาลในฐานะผู้ให้การบำบัด ทำให้ลักษณะการสนทนาเป็นการเสนอความคิดเห็นร่วมกันที่ผู้รับบริการต้องตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาของตนเอง ในรูปแบบ Motivational Interviewing Process อย่างน้อย 3 Section ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

5. วันจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน จัดให้ญาติและผู้ป่วยร่วมกิจกรรมกลุ่มครอบครัวบำบัด โดยพูดคุยเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การลดละเลิกสุรา

การรักษา การติดตามผู้ป่วย และการปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านตามแผนการจำหน่ายกลับบ้านโดยเน้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการจัดยาให้ผู้ป่วยรับประทาน โดยให้รับประทานยาต่อเนื่อง สม่ำเสมอ การเข้าใจผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน การพูดคุยเชิงบวก ทักษะการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ เป็นต้น เพื่อให้ญาติเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น และถ้าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติไปจากเดิม ให้นำผู้ป่วยไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้บ้านทันที พร้อมแนะนำสถานพยาบาลใกล้บ้านให้ครอบครัวผู้ป่วยรู้จักและเข้าใจวิธีการดำเนินการเมื่อฉุกเฉิน

6. ใช้ระบบส่งต่อ/เครือข่าย โดยประสานงานกับกลุ่มงานจิตเวชชุมชน ช่วยประสานงานไปที่เครือข่าย โดยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้บ้านช่วยติดตามดูแลช่วยเหลืออีกทางหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนหลังจำหน่าย

7. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ถ้าหากมีอาการเปลี่ยนแปลงอะไรเกิดขึ้นก็ตามที่แตกต่างไปจากปกติ ให้ผู้ป่วยติดต่อขอรับบริการคำแนะนำปรึกษาจากโรงพยาบาลใกล้บ้าน

ประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

1. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ แนวทางในการรักษาพยาบาลและสามารถบอกถึงสาเหตุ อาการ การรักษาที่ถูกต้องได้ 5 ข้อ

2. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการรักษาพยาบาล การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องทั้งขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล และขณะกลับไปอยู่ที่บ้าน และสามารถบอกวิธีปฏิบัติตัวที่ถูกต้องได้ 4 ข้อ

3. ผู้ป่วยได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการลดละเลิกสุรา การคิดเชิงบวก การจัดการกับสิ่งกระตุ้นภายนอก ภายใน ทักษะการปฏิเสธ มุมมองเชิงบวกต่อตนเอง ทักษะการแก้ไขปัญหา การรักษาด้วยยา การปฏิบัติตนขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล กิจกรรมการให้คำปรึกษา เรื่องการมองตนเองการจัดการกับความเครียดขณะอยู่ที่บ้าน และสามารถ

รับรู้ปัญหาของตนเองในทิศทางบวก สามารถตอบคำถามเชิงบวกได้ 4 ข้อ สิ้นหนาท่าทางแจ่มใส มีความพร้อมที่จะกลับไปอยู่ที่บ้าน เริ่มลงมือแก้ไขเกี่ยวกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพของตนเอง ระดับแรงจูงใจเปลี่ยนแปลง อยู่ในระยะที่ 3 คือ ขั้นตัดสินใจที่จะเลิกดื่มสุรา จากเดิมที่อยู่ในขั้นเมินเฉย

สรุป

โรคจิตจากสุรา อาจเกิดขึ้นได้ในระยะพิษสุราเฉียบพลัน ระยะถอนพิษสุรา และโรคจิตสุราเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ที่ดื่มสุราอย่างหนักและเป็นเวลานาน มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นที่จะมีอาการทางจิต เช่น อาการภาพหลอน อาการหลงผิด และอาการอื่นๆ โดยพบมากที่สุดคืออาการประสาทหลอนทางหูหรือหูแว่ว โรคจิตจากสุราเป็นผลมาจากการดื่มสุราอย่างหนักดื่มจัด มาเป็นเวลายาวนานจนกระทั่งอาจส่งผลต่อผู้ป่วยทำให้เกิดโรคจิต วิดกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ความจำบกพร่อง สมองเสื่อม มีพฤติกรรมรุนแรง การบำบัดรักษาประกอบด้วยการบำบัดเพื่อถอนพิษสุราและการบำบัดรักษาเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำและกลับไปดื่มสุราอีก การบำบัดด้วยยาเพื่อรักษาภาวะทางกายและลดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย ผู้ป่วยบางรายอาจวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า หูแว่ว ภาพหลอน หลงผิด แพทย์จะพิจารณาให้ยาลดความวิตกกังวล ยาต้านเศร้า ยาต้านโรคจิตตามอาการและมีการบำบัดทางจิตสังคมควบคู่กันไป สะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ มีความสำคัญกับผลลัพธ์ทางการพยาบาล กระบวนการพยาบาลจึงถือเป็นหัวใจสำคัญตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพการวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล นำมาสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุม ดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) และมีผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ โดยเป้าหมายระยะสั้น (Short term objective) มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัยในขณะที่มีภาวะถอนพิษสุรา มีปัญหา

การนอน การรับรู้ที่แปรปรวนจากอาการประสาทหลอน อาการหวาดระแวง และความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ในฐานะพยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยได้ใช้ศาสตร์และศิลปะของการพยาบาล มุ่งเน้นให้เกิดความปลอดภัย รวมถึงส่งเสริมการดูแลตนเอง การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้ เป้าหมายระยะยาว (Long term objective) มีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา มุ่งเน้นให้เกิดความเข้าใจในปัญหาของตนเอง และประเมินสถานะความพร้อมของครอบครัว ชุมชน ของผู้ป่วย มุ่งเน้นการสร้างแรงจูงใจ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวให้มี

ความเข้าใจต่อการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา มักกลับไปดื่มสุราซ้ำจึงเป็นปัญหาเรื้อรังที่ต้องร่วมมือกัน ทั้งตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ ควรวางแผนดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน เพื่อสร้างความตระหนักปัญหานี้ สร้างแรงจูงใจในการลดละเลิกการดื่มสุรา จัดให้มีกลุ่มช่วยเหลือกันในชุมชนและไม่ตีตราผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมตามความสามารถ อันจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health . Geneva: World Health Organization, 2019.
2. World Health Organization. Unrecorded alcohol consumption , unrecorded alcohol. Global status report on alcohol and health. World Health Organization, 2014.
3. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. [internet]. [cited 2018 September 27]. Available from: <https://www.who.int/substanc>.
4. Data Health Center Department of mental health. Report of services patients. [internet]. [cited 2024 June 28]. Available from: <https://dmh.go.th/report/datacenter/dmh/>
5. World Health Organization. Definition of current drinkers. [internet]. [cited 2022 July 1]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/3680#:~:text=Definition%3A,in%20the%20last%2012%20months>.
6. Laosupap K, Pimpak T, Limpiteeprakan P. Impact of alcohol consumption on oneself, family, and society of community leaders in the Southeastern Region. Journal of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University, 2019; 2(1): 44–52.
7. Chumnanborirak P, Yatha P, Singhkum B, Kraichan K, Singhkum S. Creating and developing community-based approaches to control alcohol consumption and distribution: Dong Bang Subdistrict, Mahasarakham Province. Mahasarakham Hospital Journal, 2021; 18(2): 61–71.
8. Jintaweepon P. Alcohol Dependence: Journal of Nursing and Education, 2016; 9(3): 10–19.
9. Jordaan GP, Emsley R. Alcohol-induced psychotic disorder: a review. Metab Brain Dis. 2014; 29(2): 231–43. DOI: 10.1007/s11011-013-9457-4.

10. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)–WHO Version for ;2019–covid–expanded. [internet]. [cited 2023 July 4]. Available from: <https://icd.who.int/browse10/2019/en#>
11. Maharji R. Brief note on alcohol-induced psychotic disorder (AIPD). *Journal of Alcoholism & Drug Dependence* 2023; 11: 382. DOI: 10.35248/2329-6488.23.11.382.
12. Douglas J. Hypothesis of alcohol misuse induced psychosis or schizoaffective disorder. *Journal of Addictive Behaviours and Therapy* 2023. DOI: 10.35841/ipjabt-7.1.05.
13. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: 11th Edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2015.
14. 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. PMID: 25856742.
15. Singh PM, Karmacharya S, Khadka S, Gautam SC, Joshi N. Alcohol induced psychotic disorder: prevalence and risk factors. *Journal Psychiatrists' Association of Nepal* 2020; 9(1): 41–46.
16. Narasimha VL, Patley R, Shukla L, Benegal V, Kandasamy A. Phenomenology and course of alcoholic hallucinosis. *J Dual Diagn* 2019; 15(3): 172–176. DOI: 10.1080/15504263.2019.1619008.
17. Reddy GC, Murthy Ps, Chaudhury S. Prevalence and pattern of alcohol-induced psychosis and personality profile of male alcohol use disorder patients: a hospital-based study. *Medical Journal of Dr. D.Y. Patil Vidyapeeth* 2020; 13: 512–8. DOI: 10.4103/mjdrdypu_147_18.