



กรมสุขภาพจิต

คู่มือ

แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์



กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข

คู่มือ

แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์

จัดทำโดย : คณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแล
ผู้ป่วยแอลกอฮอล์ (Care team alcohol)

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

คำนำ

ในปีพุทธศักราช 2564 ได้มีการปรับปรุงแนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ที่มีปัญหาการตีมีแอลกอฮอล์เป็นครั้งที่ 2 เพื่อพัฒนากระบวนการดูแลรักษาให้ครอบคลุมและเป็นไปตามมาตรฐานในทฤมิตีของการดูแลผู้ป่วย ต่อมาในปี 2567 มีนโยบายการรับผู้ป่วยสารเสพติดเข้ารับการรักษาในระบบผู้ป่วยใน และยังพบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการตีมีแอลกอฮอล์ร่วมด้วยมีจำนวนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ลักษณะอาการของผู้ป่วยมีความรุนแรงและซับซ้อนมากยิ่งขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับระยะของการเจ็บป่วย (stage of care) คณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์จึงได้เริ่มดำเนินการพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการตีมีแอลกอฮอล์ในเดือนกุมภาพันธ์ พุทธศักราช 2568 โดยมีกำหนดกิจกรรมครอบคลุมทุกระยะของโรค ได้แก่ ระยะเฉียบพลัน ระยะกึ่งเฉียบพลัน ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ และระยะติดตามดูแลหลังการรักษา (acute, subacute, rehabilitation, and aftercare) พร้อมกำหนดเป้าหมายการดูแลให้เหมาะสมกับแต่ละระยะ วัตถุประสงค์ของแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการตีมีแอลกอฮอล์ ฉบับนี้ ได้แก่

- (1) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตาย หรือมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ซึ่งมีการใช้แอลกอฮอล์ร่วมด้วย ได้รับการบำบัดรักษาอย่างครอบคลุมตามมาตรฐาน
- (2) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ลดการกลับไปตีมีซ้ำ และได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างยั่งยืน นอกจากนี้ยังมีการปรับปรุงเกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่มีความรุนแรงและซับซ้อนให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เพื่อให้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริงอย่างมีประสิทธิภาพ

คณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ปรึกษา และประธาน คณะกรรมการฯ ที่ให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่องตลอดกระบวนการพัฒนาแนวทางฯ ฉบับนี้ รวมถึงขอขอบคุณทุกหน่วยงานและทุกวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน จนสามารถจัดทำคู่มือแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการตีมีแอลกอฮอล์ได้สำเร็จลุล่วง

คณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์

กรกฎาคม 2568

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
ความหมายแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช ที่มีปัญหาในการดื่มแอลกอฮอล์	1
-นิยามผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาในการดื่มแอลกอฮอล์	
-เกณฑ์ผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่มีความรุนแรง ยุ่งยาก ซ้ำซ้อน	
-วัตถุประสงค์	
ตัวชี้วัดกำกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแอลกอฮอล์ตาม Stage of care	2
การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (3 Stage of care for Alcohol)	3
-ระยะ Acute phase	3
-ระยะ Sub-Acute phase	19
-ระยะ Rehabilitation and After care	29
แผนผังแนวทางการปฏิบัติการดูแลรักษาผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์	39
-แผนผังแนวทางการปฏิบัติการดูแลรักษาผู้มีปัญหาในการดื่มแอลกอฮอล์ (ผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยฉุกเฉิน)	39
-แผนผังแนวทางการปฏิบัติการดูแลรักษาผู้มีปัญหาในการดื่มแอลกอฮอล์ (ผู้ป่วยใน)	40
-แผนผังแนวทางการปฏิบัติการดูแลรักษาผู้มีปัญหาในการดื่มแอลกอฮอล์ (จิตเวชชุมชน)	41
รายละเอียดของตัวชี้วัด คำอธิบาย และสูตรการคำนวณ	42
ภาคผนวก	
1.แบบบันทึกติดตามอาการถอนพิษสุรา (CIWA-Ar)	
2.แบบประเมินเพื่อคัดกรองปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ (CAGE)	
3.แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้มารับบริการสุขภาพ (ASSIST-Alcohol)	
4.แบบประเมินขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	
5.แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)	
6.แบบประเมิน Richmond Agitation-Sedation Scale	
7.แบบทดสอบเพื่อป้องกันการสูดสำลัก	
8.การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์แบบรุนแรง	
9.แบบติดตามการดูแล 10 ด้าน	

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

คำนิยาม

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง

- ผู้ป่วยตามเกณฑ์การวินิจฉัย ตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ฉบับที่ 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems version 10: ICD-10) ขององค์การอนามัยโลก และแผนการรักษาของแพทย์
 - แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วย F10.XX (โรคหลัก)
 - แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วย F10.XX (โรคร่วม)
- ผู้ป่วยตามความเสี่ยง ที่มีคำสั่งแพทย์ให้เข้าสู่ “แนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้มีปัญหาในการดื่มแอลกอฮอล์” โดยมีลายลักษณ์อักษรอ้างอิง เช่น
 - CPG-Alcohol
 - ให้ประเมิน CIWA-Ar
 - Standing order for Alcohol withdrawal symptoms (แนวทางสั่งการรักษาอาการถอนพิษแอลกอฮอล์)

เกณฑ์ผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่มีความรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน

- ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเกี่ยวกับปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน หรือเคยได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในแล้วแต่อาการไม่ดีขึ้น
- Admit บ่อย (3 ครั้งใน 1 ปีปฏิทิน)
- ผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่ต้องการการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพด้านจิตสังคม ด้วยโปรแกรมที่เฉพาะเจาะจงและเข้มข้นซึ่งไม่มีในพื้นที่
- ผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่เป็นนิติจิตเวช ซึ่งเกี่ยวข้องกับกระบวนการยุติธรรมทางสังคม
- ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMIV) เช่น
 - มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงโดยมุ่งหวังให้เสียชีวิต
 - มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง หรือก่อเหตุรุนแรงที่ทำให้ผู้อื่นบาดเจ็บหรือเสียชีวิต

- (3) มีอาการหลงผิด หรือมีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นจนถึงแก่ชีวิต หรือมีเป้าหมายทำร้ายบุคคล เฉพาะเจาะจง (เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย)
- (4) เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง เช่น ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง
6. ผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนทางด้านครอบครัวและสังคม เช่น ถูกกล่าวหา โดดเดี่ยว เร่รอน ไม่มีผู้ดูแลหลัก หรือครอบครัว/ชุมชนไม่ยอมรับ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวช และ/หรือ ผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตาย หรือมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง และใช้แอลกอฮอล์ ได้รับการบำบัดรักษาอย่างครอบคลุมตามมาตรฐานการดูแล
2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาแอลกอฮอล์ ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ลดการกลับไปดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำ ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ และสามารถกลับไปใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างเหมาะสม

ตัวชี้วัดกำกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแอลกอฮอล์ตาม Stage of care

ตัวชี้วัดตามระยะการดูแล	หน่วยนับ	เป้าหมาย
1.ระยะ Acute phase (1-6 วัน) ค่าคะแนน CIWA-Ar ระดับ Mild ขึ้นไป		
1. ร้อยละของผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่ได้รับการประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกาย	ร้อยละ	100
2. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ระดับรุนแรง ขึ้นไป (CIWA-Ar ≥ 15 คะแนน) ยาวนานเกิน 3 วันของผู้ป่วยแอลกอฮอล์ทั้งหมด	ไม่เกินร้อยละ	5
3. ร้อยละของผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่ไม่เกิดอาการถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงภายหลังรับไว้รักษา 24 ชั่วโมง (CIWA-Ar < 15)	ร้อยละ	85
4. ร้อยละของผู้ป่วยแอลกอฮอล์เกิดภาวะแทรกซ้อนทางกาย (ระบุ เช่น Aspiration Pneumonia, Seizure จากภาวะ Hypomagnesemia หรือ Electrolyte imbalance และภาวะ Oversedation) ได้รับการส่งต่อ	ไม่เกินร้อยละ	3



ตัวชี้วัดตามระยะการดูแล	หน่วยนับ	เป้าหมาย
2.ระยะ Sub-Acute phase (7-14 วัน) และหรือไม่มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ (CIWA-Ar = 0 คะแนน)		
1. รอยละของผู้ป่วยแอลกอฮอล์ไม่เกิด Wernicke encephalopathy	ร้อยละ	90
2. รอยละของผู้ป่วยมีคาตาแคนแน BPRS ลดลง ≤ 48 คะแนน	ร้อยละ	80
3. รอยละผู้ป่วยได้รับการประเมินแรงจูงใจ	ร้อยละ	90
4. รอยละผู้ป่วยมีแรงจูงใจระดับขั้นสูง	ร้อยละ	60
3.ระยะ Rehabilitation and After care มีแรงจูงใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ ได้รับการส่งต่อและติดตามต่อเนื่อง		
1. รอยละของผู้ป่วยมีระดับแรงจูงใจเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ	ร้อยละ	80
2. รอยละผู้ป่วยมีแรงจูงใจระดับขั้นสูงได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจ (เช่น Motivational Interviewing (MI), Motivational Enhancement Therapy (MET), Integrated Co-Occurring psychiatric substance and alcohol Disorder Rehabilitation program (I-CORD-R))	ร้อยละ	100
3. รอยละผู้ป่วยมีแรงจูงใจระดับขั้นสูงมีความรู้เกี่ยวกับโรคและสารเสพติด	ร้อยละ	100
4. รอยละผู้ป่วยมีแรงจูงใจระดับขั้นตัดสินใจ	ร้อยละ	90
5. รอยละของผู้ป่วยแอลกอฮอล์หยุดดื่มต่อเนื่อง 3 เดือน (Remission)	ร้อยละ	40
6. รอยละผู้ป่วยมีแรงจูงใจระดับขั้น 4-5	ร้อยละ	40



การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์

(3 Stage of care for Alcohol)

1.ระยะ Acute phase (1-6 วัน) ค่าคะแนน CIWA-Ar ระดับ Mild ขึ้นไป

เป้าหมาย (Purpose)

3 วันแรก

- 1.ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนทางกาย และภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์
- 2.ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ระดับรุนแรงยาวนานเกิน 3 วัน
- 3.ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะถอนพิษสุราระดับรุนแรงภายหลังรับไว้รักษา

3 วันหลัง

- 1.ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์

สหวิชาชีพ	เป้าหมาย (Purpose)	กิจกรรม (Process)	ตัวชี้วัด (Performance)
แพทย์	1.ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยถูกต้อง แม่นยำ มีคำสั่งรักษาที่ครอบคลุม 2.ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขภาวะถอน พิษแอลกอฮอล์ และโรคร่วมทาง จิตเวชไม่เกิดภาวะถอนพิษ แอลกอฮอล์รุนแรงยาวนาน เกิน 3 วัน	1.ซักประวัติตรวจร่างกาย และ ตรวจสุขภาพจิตของผู้ป่วย เพื่อให้การวินิจฉัย ตามระบบการจำแนกโรคแบบสากล (ICD -10) เพื่อการวินิจฉัยแยกโรคทางกาย และภาวะฉุกเฉินอื่นๆ โดยเฉพาะประวัติการชัก, การบาดเจ็บที่ศีรษะ, โรคตับ หรือ อาเจียนเป็นเลือดตามเกณฑ์การประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกาย 2.พิจารณาส่งตรวจต่างๆทางห้องปฏิบัติการตามความเหมาะสม เพื่อประกอบ การวินิจฉัย หรือประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกายอื่น ๆ เช่น CBC with Plt, BUN, Cr, Electrolyte, FBS, Liver function test, Calcium,	1.ร้อยละของผู้ป่วย แอลกอฮอล์ได้รับการประเมิน ภาวะแทรกซ้อนทางกาย (ร้อยละ 100) 2.ร้อยละของผู้ป่วยที่มีอาการ ถอนพิษแอลกอฮอล์ระดับรุนแรง ขึ้นไป (CIWA-Ar \geq 15 คะแนน)



สหวิชาชีพ	เป้าหมาย (Purpose)	กิจกรรม (Process)	ตัวชี้วัด (Performance)
	3.ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายรุนแรง	<p>Phosphorus , Magnesium</p> <p>3.พิจารณาให้การรักษาด้วยยา ตามความเหมาะสม ได้แก่</p> <p>(1) ให้การรักษาตามการประเมิน CIWA-Ar score โดยเลือกให้ยาในรูปแบบ Fixed dose regimen Symptom – Triggered regimen, Front loading regimen หรือ Rapid loading with close monitor มีทั้ง diazepam iv /oral หรือ lorazepam, ความรุนแรงของอาการขาดสุรา และให้การรักษาระงับอาการทางกายอื่นๆด้วยยา และ Supplement ตามความเหมาะสม เช่นอาหาร Alcohol Diet</p> <p>(2) การให้ Thiamine และวิตามินต่างๆ ผู้ป่วยที่มีภาวะพังกาแอลกอฮอล์ทุกคน ควรให้ Thiamine 100 mg IM ทุกวันอย่างน้อย 3 วัน ควรให้ก่อนได้ Dextrose solution หรือทานอาหาร หรือหากมีภาวะเลือดออกง่ายทั้งจากเกร็ดเลือดต่ำ หรือค่าการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ แนะนำให้ทางเส้นเลือดดำแต่หากสงสัยว่าผู้ป่วยมีภาวะ Wernicke Encephalopathy โดยมีอาการดังนี้ คือ สับสน (Confusion) กล้ามเนื้อตาอ่อนแรง (Ophthalmoplegia) และกล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน (Ataxia) ควรให้ Thiamine 500 mg/d ทางเส้นเลือดดำ 3-5 วัน เพื่อลดอัตราการเกิด Permanent severe amnestic syndrome (Korsakoff's psychosis)</p>	<p>ยาวนานเกิน 3 วันของผู้ป่วยแอลกอฮอล์ทั้งหมด (ไม่เกินร้อยละ 5)</p> <p>3.ร้อยละของผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่ไม่เกิดอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ รุนแรงภายหลังรับไว้รักษา 24 ชั่วโมง (CIWA-Ar< 15) (ร้อยละ 85)</p> <p>4.ร้อยละของผู้ป่วยแอลกอฮอล์เกิดภาวะแทรกซ้อนทางกาย (ระบุ เช่น Aspiration Pneumonia, Seizure จากภาวะ Hypomagnesemia หรือ Electrolyte imbalance และภาวะ Oversedation ได้รับการส่งต่อ (ไม่เกินร้อยละ 3)</p>



สหวิชาชีพ	เป้าหมาย (Purpose)	กิจกรรม (Process)	ตัวชี้วัด (Performance)
		<p>(3) ผู้ป่วยมีภาวะฟังกาแอลกอฮอล์ ควรได้รับ Vitamin B Complex 1 เม็ด กิน 3 ครั้งต่อวัน</p> <p>(4) ให้การรักษาโดยใช้ Standing order</p> <p>(5) วางแผนร่วมกับทีมสหวิชาชีพประจำตึกในการดูแลรักษาผู้ป่วย</p>	
<p>พยาบาล</p> <p>ฉุกเฉิน</p> <p>(ER)/</p> <p>ผู้ป่วยนอก</p> <p>(OPD)</p>	<p>1.ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการประเมินคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา</p> <p>2.ผู้ป่วยได้รับการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ประเมินภาวะสุขภาพโดยรวม ตรงตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม</p> <p>3.ผู้ป่วยได้รับการประเมิน และเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายและโรคร่วมทางกายได้</p> <p>4.ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ ทุกรายได้รับการประเมินภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์</p>	<p>1.ประเมินคัดกรองผู้รับบริการที่มารับบริการทุกราย เพื่อเป็นการคัดกรองการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol screening)</p> <p>2. การประเมินภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์</p> <p>- เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ หรือมีอาการและอาการแสดงของภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ เช่น มือสั่น เหงื่อออก หงุดหงิด ปวดศีรษะ เป็นต้น ให้ใช้แบบประเมินอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ (CIWA-Ar) แบ่งระดับความรุนแรงของอาการขาดแอลกอฮอล์</p> <p>3.ประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกาย ตรวจร่างกาย เพื่อประเมินความผิดปกติของร่างกาย หรือโรคแทรกซ้อนทางกาย โดยการตรวจสุขภาพร่างกายทั่วไป ตรวจวัดสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว สังเกตความผิดปกติของร่างกาย เช่น ตัวเหลือง ตาเหลือง อาการบวม ท้องมาน มีบาดแผล แผลผ่าตัด ความผิดปกติของผิวหนัง มีรอยขีด รอยจ้ำเลือด เลือดออกตามไรฟัน ความผิดปกติของการ</p>	



สหวิชาชีพ	เป้าหมาย (Purpose)	กิจกรรม (Process)	ตัวชี้วัด (Performance)
		<p>เคลือบไหม การทรงตัว ความอ่อนแรงของแขนขา เป็นต้น บันทึกในใบตรวจรักษา ก่อนส่งผู้ป่วยพบแพทย์</p> <p>(1) การซักประวัติ จากผู้ป่วยและญาติ ประวัติโรคร่วมทางกายและโรคทางจิต ประวัติเสพยาเสพติดอื่นร่วม อาการสำคัญที่น่าสงสัย อาการปัจจุบัน ประวัติการแพ้ยา ประวัติครอบครัว โดยซักประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ชนิดของแอลกอฮอล์ ระยะเวลาที่ดื่ม ระยะเวลาที่ดื่มหนักติดต่อกัน ชนิดของแอลกอฮอล์ปริมาณ วันที่ดื่มครั้งสุดท้าย ภาวะซักรหลังหยุดดื่ม/ประวัติการซักร ประวัติการรับประทานอาหาร/ประวัติการทรงตัว เซ ล้ม อุบัติเหตุ หรือมีไข้ ประวัติมีภาวะสับสน (ก่อนหรือหลังหยุดดื่มแอลกอฮอล์) และพยาบาลจะต้องระบุไว้หลังซักประวัติไว้ว่า ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ได้รับข้อมูลจากญาติ ชัดเจน หรือ ไม่ชัดเจน เป็นต้น เพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ระดับรุนแรงเพื่อสับสน ร่วมกับ การประเมินปัจจัยเสี่ยงของภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์แบบรุนแรงเพื่อสับสน ได้แก่ (1) ความรุนแรงของการติดสุราการดื่มหนักมากกว่า 10 แก้วต่อวัน (ดื่มมาตรฐาน) คิดเป็นปริมาณเหล้าขาวครึ่งขวดต่อวันและดื่มมานานมากกว่า 5 ปี มีโอกาสเกิดอาการขาดแอลกอฮอล์ (withdrawal) สูง (2) ประวัติเคยมีอาการขาดแอลกอฮอล์แบบเพ้อสับสน (delirium tremens) หรือซักรมาก่อน (3) อายุ มากกว่า 60 ปี (4) มีการใช้สารเสพติดอื่น ๆ รวมถึงยากล่อมประสาทหรือยานอนหลับอย่างต่อเนื่อง (5) ซึพจรสูงเกิน 100 ครั้งต่อนาที (6) มีปัญหาโรคทางกายหรือได้รับ</p>	



สหวิชาชีพ	เป้าหมาย (Purpose)	กิจกรรม (Process)	ตัวชี้วัด (Performance)
		<p>บาดเจ็บร่วมด้วย ปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวข้างต้นสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการประเมินและวางแผนการรักษาภาวะขาดแอลกอฮอล์ได้ตั้งแต่เริ่มแรก เพื่อป้องกันการเกิดภาวะขาดแอลกอฮอล์รุนแรงจนถึงขั้นเพื่อสับสน (DTs) ได้</p> <p>(2) การตรวจร่างกาย เพื่อประเมินความผิดปกติของร่างกาย หรือโรคแทรกซ้อนทางกาย โดยการตรวจสภาพร่างกายทั่วไป ตรวจวัดสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว สังเกตความผิดปกติของร่างกาย เช่น ตัวเหลือง ตาเหลือง อาการบวม ท้องมาน มีบาดแผล แผลผ่าตัด ความผิดปกติของผิวหนัง มีรอยขีด รอยจ้ำเลือด เลือดออกตามไรฟัน ความผิดปกติของการเคลื่อนไหว การทรงตัว ความอ่อนแรงของแขนขา เป็นต้น</p> <p>(3) การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามแนวทางการรักษาของแพทย์ และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ เพื่อประเมินความผิดปกติ เช่น CBC ประเมินการติดเชื้อ ภาวะช้ำ ความผิดปกติของเกล็ดเลือด Electrolyte เพื่อประเมินภาวะ Electrolyte Imbalance, Calcium, Phosphorus, Magnesium, FBS และ Liver Function Test เพื่อประเมินความผิดปกติของตับ ซึ่งมีผลต่อการเลือกยาที่เหมาะสม ร่วมกับการติดตามและรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้แพทย์ทราบ</p>	



กระทรวงสาธารณสุข

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาในการดื่มแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นแก่นราชนครินทร์

สหวิชาชีพ	เป้าหมาย (Purpose)	กิจกรรม (Process)	ตัวชี้วัด (Performance)
		<p>(4) การประเมินสภาพจิต ผู้ป่วยที่มาด้วยปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ทุกราย ควรได้รับการประเมินสภาพจิต เนื่องจากอาการทางจิตเป็นอาการหนึ่งของภาวะเมาแอลกอฮอล์ ภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ หรือ เป็นอาการที่เกิดจากภาวะโรคจิตโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีปัญหาเรื้อรังกลับดื่มซ้ำบ่อย</p> <p>(5) การประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกายและโรคร่วมทางกาย เช่น ภาวะขาดน้ำในร่างกาย ภาวะขาดสารอาหาร ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะความไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ (electrolyte imbalance) เลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ภาวะ Wernicke-Korsakoff Encephalopathy มีบาดแผลฉกรรจ์ สัญญาณชีพ (vital signs) และอาการทางระบบประสาทผิดปกติ (neuro signs) ผิดปกติ เป็นต้น พิจารณา รายงานแพทย์ เมื่อพบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายและโรคร่วมทางกาย เพื่อการรักษาหรือส่งต่อ (refer) โรงพยาบาลฝ่ายกาย</p>	
<p>พยาบาล ผู้ป่วยใน (IPD)</p>	<p>1.ผู้ป่วยได้รับการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมตรงตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม</p>	<p>1. พยาบาลผู้ป่วยใน Reassessment ซักประวัติ ตรวจร่างกาย ประเมินสภาพจิต ประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกายและโรคร่วมทางกาย และแนวทางการรักษา</p> <p>2. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ ตามระดับความรุนแรง ประเมินปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรง</p>	



กระทรวงสาธารณสุข

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาในการดื่มแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

สหวิชาชีพ	เป้าหมาย (Purpose)	กิจกรรม (Process)	ตัวชี้วัด (Performance)
	<p>2.ผู้ป่วยได้รับการประเมิน และเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายและโรคร่วมทางกายได้</p> <p>3.ผู้ป่วยได้รับการประเมินระดับความรุนแรงของอาการถอนพิษแอลกอฮอล์</p> <p>4.ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลได้ตรงตามปัญหาและระดับอาการได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม</p> <p>5.ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรงยาวนานเกิน 3 วัน</p> <p>6.ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรงภายหลังรับไว้รักษา</p>	<p>3.ประเมินและติดตามอาการขาดแอลกอฮอล์โดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ โดยใช้แบบประเมิน CIWA-Ar Score</p> <p>4.ให้การรักษาพยาบาลตาม Symptom-Triggered Regimen หรือตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ และเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอาการถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงมาก รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับเป็น Rapid loading with close monitor มีแพทย์ on call 24 ชั่วโมง</p> <p>6.เฝ้าระวังความเสี่ยงและติดตามความรุนแรงของภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ เช่น ลักษณะการอ่อนแรงของแขนขา Check Vital signs, Neurosign ถ้าพบว่ามีอาการเปลี่ยนแปลงหรือผิดปกติและมีภาวะแทรกซ้อนทางกาย (ภาวะขาดน้ำในร่างกาย ภาวะขาดสารอาหาร ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น Wernicke-Korsakoff Encephalopathy <u>ให้รับรายงานแพทย์ทันที</u> เพื่อพิจารณาปรับแผนการรักษา</p> <p>7.เฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะถอนพิษแอลกอฮอล์ ได้แก่ การเกิดอุบัติเหตุ การล้มลุกอาหารและน้ำ การเสียน้ำจากการอาเจียนและถ่ายเหลว ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ห้ามฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ ในกรณีเกิดเลือดต่ำและภาวะแทรกซ้อนทางกาย อื่น ๆ</p> <p>8.กรณีแพทย์ปรับการรักษา ให้การพยาบาล และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์</p>	



กระทรวงสาธารณสุข

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาในการดื่มแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

สหวิชาชีพ	เป้าหมาย (Purpose)	กิจกรรม (Process)	ตัวชี้วัด (Performance)
		<p>9.กรณีแพทย์ส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อ (Refer) ให้ดำเนินการส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อ (Refer) ณ สถานบริการที่ระบุไว้และให้ติดตามการวินิจฉัยโรคและผลการรักษา ลงบันทึกในใบบันทึกความก้าวหน้าและวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยทีม สหวิชาชีพ และ Discharge Note</p> <p>การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์และภาวะโรคร่วม</p> <p>1. ด้านร่างกาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง / ชั่งน้ำหนักผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ทุก 1 สัปดาห์ จนกว่าอาการภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์และภาวะโรคร่วมดีขึ้น - จัดเจ้าหน้าที่เฝ้าดูแลใกล้ชิดตลอดเวลาสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เช่น สังเกตการหายใจ เนื่องจากผู้ป่วยจะมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว - ประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ เฝ้าระวัง การเกิด electrolyte imbalance - เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น เลือดออกทางเดินอาหาร การติดเชื้อ หัวใจเต้นผิดปกติ ความดันโลหิตสูง ตับวายหรือหัวใจวาย - ประเมินภาวะขาดสารน้ำและอาหาร เช่น ผิวหนังแห้ง ปากแห้ง มีไข้ ดูแล ให้ได้รับน้ำอย่างน้อย 3,000 ซีซี ต่อวัน <u>ยกเว้น</u> กรณีมีพยาธิสภาพทางกายให้ พิจารณาตามแผนการรักษาของแพทย์ - ปรึกษาโภชนาการเพื่อจัดอาหารเฉพาะโรคและดูแลให้ได้รับอาหาร 	



สหวิชาชีพ	เป้าหมาย (Purpose)	กิจกรรม (Process)	ตัวชี้วัด (Performance)
		<p>อย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เช่น อาหาร high calorie, carbohydrate, high vitamins, low fat นักโภชนาการจะจัดอาหารให้ผู้ป่วยตาม1. ผู้ป่วยได้รับการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมตรงตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม</p> <ul style="list-style-type: none"> - ดูแลการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ และสังเกตภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ จากการให้สารน้ำและฉีดยาทางหลอดเลือดดำ - หากผู้ป่วยได้รับยาฉีด PRN ครบ 2 dose ก่อนให้dose ที่ 3 พยาบาลต้องรายงานแพทย์ซ้ำ - ดูแลเรื่อง intake / output ตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อประเมินอาการภาวะสมดุลของสารน้ำในร่างกาย - ฝ้าระวังอุบัติเหตุหรืออันตราย ไม่ให้เกิดกับผู้ป่วย บุคคลอื่น สิ่งของโดยตรวจเยี่ยมผู้ป่วย ทุก 15-30 นาที - ประเมินสภาพและระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย เช่น อาการมีง่วงหลับนอนควบคุม ตนเองได้น้อย อ่อนเพลีย แขนขาอ่อนแรงในกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกายที่เสี่ยงต่อชีวิตพิจารณารายงานแพทย์ เพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่เหมาะสม - ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียงจากยาตามแบบประเมิน ADR หากพบอาการข้างเคียงจากการใช้ยา พยาบาลให้ข้อมูล 	



สหวิชาชีพ	เป้าหมาย (Purpose)	กิจกรรม (Process)	ตัวชี้วัด (Performance)
		<p>และช่วยเหลือเบื้องต้น หลังจากนั้นประสานงานกับเภสัชกรเพื่อประเมินผู้ป่วยและรายงานแพทย์เพื่อปรับแผนการรักษาที่เหมาะสม</p> <ul style="list-style-type: none"> - ดูแลความสบาย ถ้าผู้ป่วยมีอาการมึนงง สับสนให้ ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ดูแลเรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคล เช็ดตัว เปลี่ยนเสื้อผ้า ผ้าปูที่นอน หากเปียก หรือชุ่มเหงื่อหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลช่วยเหลือตนเองเช่น แปรงฟัน อาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง สระผมอย่างน้อย สัปดาห์ละ 2 ครั้ง - ดูแลการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง และประเมินสังเกตแบบแผนการนอนหลับของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องไม่ให้ผู้ปวยนอนหลับในช่วงเวลากลางวันโดยการส่งเสริมแนะนำให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามความเหมาะสม - ในกรณีที่ผู้ป่วยที่เคยมีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ และพันธะถอนพิษแอลกอฮอล์ขณะอยู่รักษามีอาการสงบ แล้วกลับมามีอาการง สับสน คล้ายภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ซ้ำ ให้พิจารณา รายงานแพทย์ซ้ำ เพื่อวางแผนปรับแผนการรักษาที่เหมาะสม <p>2. ด้านจิตใจ</p> <ul style="list-style-type: none"> - สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไว้วางใจและเปิดโอกาสให้ผู้ปวยได้ระบายความรู้สึกคับข้องใจ - เรียกชื่อผู้ป่วยและบอกกล่าวทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล ควรแนะนำตัวบอกผู้ป่วยว่าเรากำลังจะทำอะไรให้ โดยใช้คำพูดสั้นๆ เข้าใจง่าย 	



สหวิชาชีพ	เป้าหมาย (Purpose)	กิจกรรม (Process)	ตัวชี้วัด (Performance)
		<ul style="list-style-type: none"> - กรณีที่ผู้ป่วยสับสน ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่และบุคคลซ้ำ ๆ - กรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะงุนงง สับสน การทรงตัวไม่ดี ไม่สามารถควบคุม อารมณ์และพฤติกรรมได้ พิจารณาผูกยึดตามความเหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิด อุบัติเหตุและป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดแก่ผู้ป่วย ผู้อื่น ทรัพย์สิน และตรวจเยี่ยม เปลี่ยน Position ทุก 2 ชั่วโมง เผื่อระวังภาวะแทรกซ้อนจากการผูกยึด หรือตาม ความเหมาะสม - กรณีผู้ป่วยมีภาวะประสาทหลอน/หลงผิด ไม่ควรโต้แย้งกับผู้ป่วยและ พยายามให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วยตามความเป็นจริงให้ความมั่นใจใน ความปลอดภัย - จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เงียบสงบ ลดสิ่งกระตุ้นเช่น แสง สีเสียง อากาศถ่ายเทสะดวก เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ เนื่องจาก อากาศทางจิต ต่าง ๆ ช่วงนี้ มักมีความรุนแรงเวลากลางคืน 	



สหวิชาชีพ	เป้าหมาย (Purpose)	กิจกรรม (Process)	ตัวชี้วัด (Performance)
เภสัชกร	<p>1. ผู้ป่วยได้รับการประเมินผลการใช้ยา (Drug Monitoring) เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายแทรกซ้อนรุนแรง</p> <p>2. ผู้ป่วยได้รับการติดตามอาการข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โดยใช้ระบบ spontaneous กรณีเกิดอันตรายรุนแรงเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย</p>	<p>1. จัดเตรียมยาและเวชภัณฑ์ให้แก่ผู้ป่วย ระหว่างการบำบัดรักษาภายในโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องเหมาะสมปลอดภัยและทันเวลาตามคำสั่งใช้ยาของแพทย์ โดยมีการจัดเตรียมการให้ยาตาม symptom- triggered regimen</p> <p>2. ให้ข้อมูลคำปรึกษาด้านยาและเวชภัณฑ์แก่บุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลที่ร้องขอเพื่อนำไปใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยระหว่างดำเนินการรักษา เพื่อให้การใช้ยาเกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและปลอดภัยสูงสุด</p> <p>3. ให้ข้อมูลคำปรึกษาด้านยากรณีพบปัญหาจากการใช้ยา เช่น การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาผู้ป่วยไม่รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์หรือกรณีผู้ป่วยมีการใช้ยาอย่างอื่นร่วมกับการรักษาซึ่งอาจจะเกิดปฏิกิริยาระหว่างกันของยา</p> <p>4. ติดตามผลการใช้ยา (Drug Monitoring) คือการติดตามอาการข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาโดยใช้ระบบ spontaneous กรณีที่เกิดอาการรุนแรงเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วยหรืออยู่ในความสนใจของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งมีกิจกรรม ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - รับประสานงานจากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ หรือ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย เมื่อพบว่าผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 	



สหวิชาชีพ	เป้าหมาย (Purpose)	กิจกรรม (Process)	ตัวชี้วัด (Performance)
		<ul style="list-style-type: none"> - ประสานแพทย์ ในกรณีพบการใช้ยาที่มีการเกิดปฏิกิริยาต่อกัน หรือมีการใช้ยาที่ผู้ป่วยแพ้ - ติดตาม ประเมินผล และนำเสนอผลการประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาให้แพทย์เจ้าของไข้รับทราบ เพื่อพิจารณาออกบัตรแพ้ยา บัตรระวังการใช้ยา หรือการรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา - ลงบันทึกข้อมูลการแพ้ยาของผู้ป่วย (ถ้ามี) ลงในแฟ้มเวชระเบียนและระบบ online เพื่อเป็นข้อมูลให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องรับทราบ และป้องกันการได้รับยาที่เกิดปัญหาซ้ำ - ให้คำแนะนำผู้ป่วยหรือญาติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เรื่องอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ถ้ามี) <p>5. ให้บริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยในหอผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยซึ่งมีแนวโน้มอาจเกิดปัญหาจากการใช้ยา โดยทำการติดตามประเมินอาการและให้คำปรึกษาด้านยาแก่บุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ป่วย</p>	



สหวิชาชีพ	เป้าหมาย (Purpose)	กิจกรรม (Process)	ตัวชี้วัด (Performance)
นักเทคนิค การแพทย์	1. ผู้ป่วยได้รับการตรวจวิเคราะห์ และรายงานผลทางห้องปฏิบัติการ ได้ถูกต้อง แม่นยำ และรวดเร็ว	<p>1. รับสิ่งส่งตรวจจากผู้เข้ามาใช้บริการเช่นเลือด ปัสสาวะ อุจจาระ โดยจะ ทำการตรวจสอบชื่อ นามสกุล HN กับสิ่งส่งตรวจของผู้ป่วยว่าเป็นคนเดียวกันและ จะตรวจดูคุณภาพของสิ่งส่งตรวจว่าเหมาะสมสำหรับนำมาทดสอบทาง ห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์หรือไม่</p> <p>2. นำสิ่งส่งตรวจไปทำการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการเทคนิค การแพทย์</p> <p>3. รายงานผล โดยตรวจสอบความถูกต้องของผลทดสอบทุกครั้งก่อนลง ชื่อเพื่อรับรองผลการทดสอบโดยนักเทคนิคการแพทย์ ก่อนรายงานผลทาง ห้องปฏิบัติการ</p> <p>กรณีผลตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ อยู่ในค่า วิกฤติ เจ้าหน้าที่จะโทรแจ้งพยาบาลเพื่อรายงานแพทย์ทันที</p>	
นักจิต วิทยา คลินิก	1. ผู้ป่วยได้รับการตรวจและวินิจฉัย ทางจิตวิทยาในรายที่ได้รับการส่ง ต่อจากแพทย์	- เป็นภาวะที่ผู้รับบริการไม่พร้อมรับบริการทางจิตวิทยาได้ แต่หากญาติมีความ วิตกกังวลหรือความเครียด สามารถส่งพบนักจิตวิทยาเพื่อจัดการอารมณ์ดังกล่าว ได้	
นักสังคม สงเคราะห์	1. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยทางสังคม และวางแผนในการแก้ไขปัญหา 2. ญาติ/ผู้ดูแล ได้รับการวินิจฉัยทาง สังคมและวางแผนในการแก้ไขปัญหา	1. รับปรึกษาปัญหาทางสังคมที่มี ผลต่อการเจ็บป่วยตามแบบบัญชี ปัญหาทางสังคม ในรายที่มีปัญหายุ่งยาก/ซับซ้อนรายกรณี	



กระทรวงสาธารณสุข

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาในการดื่มแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

สหวิชาชีพ	เป้าหมาย (Purpose)	กิจกรรม (Process)	ตัวชี้วัด (Performance)
	(ตามความจำเป็นและปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและญาติ)	2. สัมภาษณ์ รวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินปัญหา และให้การวินิจฉัยทางสังคม วางแผนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยร่วมกับครอบครัวและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องให้การช่วยเหลือและ/หรือประสานจัดหาแหล่งสนับสนุน ทางสังคมหรือการช่วยเหลือทางสังคม ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว	
นักโภชนาการ	1.ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้านโภชนบำบัดอย่างถูกต้องเหมาะสม	<p>1.ประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยโดยใช้ ABCD Process ได้แก่</p> <p>(1) Anthropometry assessment การประเมินทางสัดส่วนร่างกาย เช่น ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย (ส่วนสูง เส้นรอบเอว) หาค่า BMI เป็นต้น</p> <p>(2) Biochemical assessment การประเมินทางชีวเคมี เช่น FBS, CBC, electrolyte, albumin, creatinine เป็นต้น</p> <p>(3) Clinical assessment การประเมินทางคลินิก เช่น ภาวะการขาดสารอาหาร PEM, Vitamin deficiency, Mineral deficiency หรือภาวะโภชนาการเกิน Obesity, Metabolic syndrome, เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น</p> <p>(4) Dietary assessment การประเมินอาหารบริโภค เช่น 24 hr. Dietary recall, food frequency questionnaire เป็นต้น</p> <p>2.วางแผนดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่จำเป็นและเหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยตามปัจจัยเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วมทางกาย</p> <p>3.จัดอาหารตามหลักโภชนบำบัดตามแนวทางการแพทย์ ในกรณีผู้ป่วยเข้ารับรักษา F10 และมีปัญหาทุพโภชนาการจะจัดบริการ อาหารบำบัด “อาหาร</p>	



สหวิชาชีพ	เป้าหมาย (Purpose)	กิจกรรม (Process)	ตัวชี้วัด (Performance)
		<p>แอลกอฮอล์ หรือ Alc” แต่หากมีภาวะแทรกซ้อนและภาวะโรคร่วมทางกายให้ระบุเพิ่ม เช่น อาหาร Alc + DM, อาหาร Alc + HT, อาหาร Alc + K, อาหาร Alc + Hepatitis, อาหาร Alc + Cirrhosis , อาหาร Pt. DTs ที่ On NG tube + อาหารสำหรับผู้ป่วยที่แคลเซียมต่ำ และฟอสเฟตต่ำ เป็นต้น</p> <p>4.ติดตามการรับประทานอาหารผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวังการขาดสารอาหารในกลุ่มที่มีปัญหาภาวะแทรกซ้อนและภาวะโรคร่วมทางกาย</p>	
<p>นักกิจกรรมบำบัด</p>	<p>1.ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านความบกพร่องที่สัมพันธ์กับปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ ที่ต้องได้รับการแก้ไขเร่งด่วน ได้รับการประเมินเพื่อวางแผนฟื้นฟูสมรรถภาพ</p>	<p>-รับส่งต่อปัญหาเป็นรายกรณีที่ต้องได้รับการฟื้นฟู</p>	



2.ระยะ Sub-Acute phase (7-14 วัน) และ/หรือ ผู้ป่วยที่อาการทางจิตสงบและไม่มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์

เป้าหมาย (Purpose)

1. ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิด Wernicke encephalopathy
2. ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติการณ์ทางคลินิก ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป
3. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนทางกายและโรคร่วมทางกาย
4. ผู้ป่วยได้รับการประเมิน Stage of change
5. ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา

สหวิชาชีพ	เป้าหมาย (Purpose)	กิจกรรม (Process)	ตัวชี้วัด (Performance)
แพทย์	1.ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและ บำบัดรักษาอย่างถูกต้อง แม่นยำ ปลอดภัยจากอาการทางจิต และ ไม่เกิด Wernicke encephalopathy	1.ตรวจวินิจฉัยและให้การบำบัดรักษา โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะถอนพิษ สุราที่เสี่ยงต่อการเกิด Wernicke encephalopathy 2.การประเมินโรคจิตเวชร่วมในกรณี que ผู้ป่วยกลับไปดื่มซ้ำบ่อย ๆ	1.ร้อยละของผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ไม่เกิด Wernicke encephalopathy (ร้อยละ 90) 2.ร้อยละของผู้ป่วยมีค่าคะแนน BPRS ลดลง ≤ 48 คะแนน (ร้อยละ 80)
พยาบาล	1.ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะ Wernicke encephalopathy 2.ผู้ป่วยได้รับการประเมิน แรงจูงใจ (Stage of change) ใน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม แอลกอฮอล์	1.ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Wernicke encephalopathy ได้แก่ 1.1 เป็นผู้ป่วยที่มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์เรื้อรัง 1.2 มีอาการเดินเซและเสียการทรงตัวจากภาวะกล้ามเนื้อสูญเสียการ ประสานสัมพันธ์กัน (Ataxia) 1.3 มีปัญหาการกรอกตา (Ophthalmoplegia)	3.ร้อยละผู้ป่วยได้รับการประเมิน แรงจูงใจ (ร้อยละ 90) 4.ร้อยละของผู้ป่วยมีแรงจูงใจ ระดับขั้นสูงเลใจ (ร้อยละ 60)



สหวิชาชีพ	เป้าหมาย (Purpose)	กิจกรรม (Process)	ตัวชี้วัด (Performance)
	<p>3.ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมและเสริมแรงจิตใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ทางด้านจิตสังคม บำบัด</p>	<p>1.4 ผู้ป่วยที่เป็นโรคตับแข็ง ส่งผลให้ความสามารถของตับในการเปลี่ยน thiamin ให้เป็น active form คือ pyrophosphate (TPP) จะลดลง</p> <p>2. ประเมินอาการทางจิต หละจากแบบประเมิน BPRS ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 48 คะแนน ประเมินทางจิตใจและสังคม เช่น อาการและการรับรู้ของผู้ป่วย ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและแผนการรักษา ความเชื่อทัศนคติต่อการใช้สุรา ระดับแรงจูงใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่มสุรา ประเมินปัญหาและความต้องการทางสังคมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ซึ่งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อย คือ ขาดแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา มีโอกาสกลับไปดื่มซ้ำ</p> <p>3. ประเมินระดับขั้นแรงจูงใจ (Stage of change) เพื่อเตรียมความพร้อมและเสริมแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์</p> <ul style="list-style-type: none"> - กรณีผู้ป่วยไม่มีแรงจูงใจหรือแรงจูงใจระดับ 1 คือ อยู่ในขั้นเฝินเฉย (Pre-contemplation stage) พิจารณาให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชและผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ - กรณีพบว่าผู้ป่วยมีแรงจูงใจระดับ 2 คือ ขั้นลังเลใจ (Contemplation stage) พิจารณาเสริมสร้างแรงจูงใจ (BA,BC,MI/MET) <p>4. ประเมินจากแบบประเมินพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ ของผู้มารับบริการ สุขภาพ The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test : ASSIST)</p>	



สหวิชาชีพ	เป้าหมาย (Purpose)	กิจกรรม (Process)	ตัวชี้วัด (Performance)
		<p>เพื่อแบ่งระดับความเสี่ยงในการตีมแอลกอฮอล์ เพื่อการวางแผนการบำบัดที่เหมาะสมตามระดับความเสี่ยง มีค่าคะแนนการตีมแบบเสี่ยงปานกลางและเสี่ยงสูง มีค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนนขึ้นไป และหากพบปัญหาอื่นๆ ให้ประสานทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องให้การบำบัดตามปัญหา เช่น ปัญหาครอบครัว ปัญหาความขัดแย้งภายในใจ ปัญหาด้านอารมณ์ เป็นต้น</p> <p>5.การประเมินด้านจิตสังคม มีดังนี้</p> <p>5.1. การประเมินตัวผู้ป่วย เช่น วัยของผู้ป่วย บุคลิกภาพ ความสามารถในการปรับตัวและแก้ปัญหา ความรับผิดชอบต่อตนเองและครอบครัว ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ทศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม สิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต เช่น เชื่อว่าการตีมแอลกอฮอล์ไม่เป็นอันตรายต่อตนเอง และสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ได้ ทำให้ไม่ยอมหยุดแอลกอฮอล์</p> <p>5.2. การประเมินครอบครัว เช่น ในครอบครัวผู้ป่วยมีบุคคลในครอบครัวตีมแอลกอฮอล์ และมีความเชื่อว่า การตีมแอลกอฮอล์เป็นเรื่องธรรมดา ครอบครัวมีปัญหาทะเลาะเบาะแว้ง หรือมีปัญหาทางเศรษฐกิจ เป็นต้น</p> <p>5.3. การประเมินชุมชน เช่น มีความเชื่อว่าการตีมแอลกอฮอล์เป็นส่วนประกอบของวิถีชีวิตในงานสังสรรค์ งานเลี้ยง งานฉลองและงานประเพณีต่างๆ ในหมู่บ้าน ส่วนใหญ่ในหมู่บ้าน จะต้องมีการตีมแอลกอฮอล์ร่วมด้วยเสมอ และร้านขายสุราในหมู่บ้านมีหลายแห่ง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับไปตีมสุราซ้ำได้ง่าย</p>	



สหวิชาชีพ	เป้าหมาย (Purpose)	กิจกรรม (Process)	ตัวชี้วัด (Performance)
		<p>6.ประเมินผลการรักษา ซึ่งผลที่คาดว่าจะได้รับภายหลังจากการบำบัดฟื้นฟูสภาพ เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ดังนี้</p> <p>6.1 ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการถอนพิษสุรา</p> <p>6.2 ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย</p> <p>6.3 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะโรคร่วมทางกาย</p> <p>6.4 ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการทางจิต</p> <p>6.5 ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้</p> <p>7.กรณีมีญาติมารับ ให้ประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการรักษาของ ญาติและทัศนคติของญาติต่อการดูแลผู้ป่วย แล้วพยาบาลให้คำแนะนำผู้ป่วยและ ญาติก่อนกลับบ้านโดยใช้หลัก D M-E-T-H-O-D MODEL และสร้างแรงจูงใจให้ ญาติและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติ แล้วจึงรายงานแพทย์ขอจำหน่าย</p> <p>8.ส่งต่อข้อมูลให้งานบริการสุขภาพจิตชุมชนพร้อมการนัดหมายรับการรักษาครั้ง ต่อไปและบันทึกลงในใบ Discharge note เพื่อการดูแลต่อเนื่อง</p>	
เภสัชกร	1.ผู้ป่วยได้รับการประเมินผลการ ใช้ยา (Drug Monitoring) เพื่อให้ไม่ เกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายแทรก ซ้อนรุนแรง	1. จัดเตรียมยาและเวชภัณฑ์ให้แก่ผู้ป่วย ระหว่างการบำบัดรักษาภายใน โรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องเหมาะสมปลอดภัยและทันเวลาตาม คำสั่งใช้ยาของแพทย์ โดยมีการจัดเตรียมการให้ยาตาม symptom- triggered regimen	



สหวิชาชีพ	เป้าหมาย (Purpose)	กิจกรรม (Process)	ตัวชี้วัด (Performance)
	<p>-ผู้ป่วยได้รับการติดตามอาการข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โดยใช้ระบบ spontaneous กรณีเกิดอันตรายรุนแรงเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย</p>	<p>2. ให้ข้อมูลคำปรึกษาด้านยาและเวชภัณฑ์แก่บุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลที่ร้องขอเพื่อนำไปใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยระหว่างดำเนินการรักษา เพื่อให้การใช้ยาเกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและปลอดภัยสูงสุด</p> <p>3. ให้ข้อมูลคำปรึกษาด้านยากรณีพบปัญหาจากการใช้ยา เช่น การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาผู้ป่วยไม่รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์หรือกรณีผู้ป่วยมีการใช้ยาอย่างอื่นร่วมกับการรักษาซึ่งอาจเกิดปฏิกิริยาระหว่างกันของยา</p> <p>4. ติดตามผลการใช้ยา (Drug Monitoring) คือการติดตามอาการข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาโดยใช้ระบบ spontaneous กรณีที่เกิดอาการรุนแรงเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วยหรืออยู่ในความสนใจของบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งมีกิจกรรม ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - รับประสานงานจากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ หรือ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย เมื่อพบว่าผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา - ประสานแพทย์ ในกรณีพบการใช้ยาที่มีการเกิดปฏิกิริยาต่อกัน หรือมีการใช้ยาที่ผู้ป่วยแพ้ - ติดตาม ประเมินผล และนำเสนอผลการประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาให้แพทย์เจ้าของไข้รับทราบ เพื่อพิจารณาออกบัตรแพ้ยา บัตรระวังการใช้ยา หรือการรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 	



สหวิชาชีพ	เป้าหมาย (Purpose)	กิจกรรม (Process)	ตัวชี้วัด (Performance)
		<ul style="list-style-type: none"> - ลงบันทึกข้อมูลการแพ้ยาของผู้ป่วย (ถ้ามี) ลงในแฟ้มเวชระเบียนและระบบ online เพื่อเป็นข้อมูลให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องรับทราบ และป้องกันการได้รับยาที่เกิดปัญหาซ้ำ - ให้คำแนะนำผู้ป่วยหรือญาติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เรื่องอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ถ้ามี) <p>5. ให้บริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยในหอผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยซึ่งมีแนวโน้มอาจเกิดปัญหาจากการใช้ยา โดยทำการติดตามประเมินอาการและให้คำปรึกษาด้านยาแก่บุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ป่วย</p>	
นักเทคนิคการแพทย์	<p>1.ผู้ป่วยได้รับการตรวจวิเคราะห์และรายงานผลทางห้องปฏิบัติการได้ถูกต้อง แม่นยำ และรวดเร็ว</p>	<p>หากมีการตรวจประเมินซ้ำบางกรณี</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.รับสิ่งส่งตรวจจากผู้เข้ามาใช้บริการ เช่น เลือด ปัสสาวะ อุจจาระ โดยจะทำการตรวจสอบชื่อ นามสกุล HN กับสิ่งส่งตรวจของผู้ป่วยว่าเป็นคนเดียวกันและจะตรวจดูคุณภาพของสิ่งส่งตรวจว่าเหมาะสมสำหรับนำมาทดสอบทางห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์หรือไม่ 2. นำสิ่งส่งตรวจไปทำการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ 3. การรายงานผล จะตรวจสอบความถูกต้องของผลทดสอบทุกครั้งก่อนลงชื่อ เพื่อรับรองผลการทดสอบโดยนักเทคนิคการแพทย์ ก่อนรายงานผลทาง 	



สหวิชาชีพ	เป้าหมาย (Purpose)	กิจกรรม (Process)	ตัวชี้วัด (Performance)
		ห้องปฏิบัติการ กรณีผลตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ อยู่ใน ค่าวิกฤติ เจ้าหน้าที่จะโทรแจ้งพยาบาล เพื่อบริการแพทย์ทันที	
นักจิต วิทยา คลินิก	1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการ แก้ไขปัญหาย่างถูกต้อง เหมาะสมกับสภาพปัญหา	- เป็นภาวะที่ผู้รับบริการไม่พร้อมรับบริการทางจิตวิทยาได้แต่หากญาติมีความ วิตกกังวลหรือความเครียด สามารถส่งพบนักจิตวิทยา เพื่อจัดการอารมณ์ดังกล่าว ได้ นักจิตวิทยาให้บริการบำบัดรักษาทางจิตวิทยารายบุคคลในกรณีต่อไปนี้ 1. ผู้รับบริการมีปัญหาความขัดแย้งภายในใจ 2. ผู้รับบริการมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (Low Self-Esteem) 3. ผู้รับบริการมีปัญหาด้านอารมณ์และการจัดการความเครียด 4. ผู้รับบริการมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง 5. กรณีอื่น ๆ เมื่อได้รับการส่งต่อจากสหวิชาชีพผู้พบปัญหา	
นักสังคม สงเคราะห์	1. ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือหรือ การบำบัดฟื้นฟูด้านจิตสังคม ตามสภาพปัญหา 2. ญาติ/ผู้ดูแลได้รับการดูแล ช่วยเหลือหรือ การบำบัดด้านจิตสังคมตาม สภาพปัญหา	นักสังคมสงเคราะห์ ประเมินปัญหาให้การวินิจฉัยทางสังคม ให้การช่วยเหลือ ผู้ป่วยร่วมกับครอบครัว และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยการให้การบำบัดฟื้นฟูด้านจิตสังคม ตามสภาพปัญหา และ/หรือประสานจัดหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมหรือการช่วยเหลือทาง สังคม ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว	



สหวิชาชีพ	เป้าหมาย (Purpose)	กิจกรรม (Process)	ตัวชี้วัด (Performance)
นักโภชนาการ	1.ผู้ป่วยที่มีปัญหาทุพโภชนาการได้รับการดูแลด้านโภชนาบำบัดอย่างถูกต้องเหมาะสม	<p>1.ประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยโดยใช้ ABCD Process ได้แก่</p> <p>1.1 Anthropometry assessment การประเมินทางสัดส่วนร่างกาย เช่น ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนต่างๆ ของร่างกาย (ส่วนสูง เส้นรอบเอว) หาค่า BMI เป็นต้น</p> <p>1.2 Biochemical assessment การประเมินทางชีวเคมี เช่น FBS, CBC, electrolyte, albumin, creatinine เป็นต้น</p> <p>1.3 Clinical assessment การประเมินทางคลินิก เช่น ภาวะการขาดสารอาหาร PEM, Vitamin deficiency, Mineral deficiency หรือภาวะโภชนาการเกิน Obesity, Metabolic syndrome, เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น</p> <p>1.4 Dietary assessment การประเมินอาหารบริโภค เช่น 24 hr. Dietary recall, food frequency questionnaire เป็นต้น</p> <p>2.วางแผนดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่จำเป็นและเหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยตามปัจจัยเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วมทางกาย</p> <p>3.จัดอาหารตามหลักโภชนาบำบัดตามแนวทางการแพทย์ ในกรณีผู้ป่วยเข้ารับรักษา F10 และมีปัญหาทุพโภชนาการจะจัดบริการอาหารบำบัด “อาหาร แอลกอฮอล์ หรือ Alc” แต่หากมีภาวะแทรกซ้อนและภาวะโรคร่วมทางกายให้ระบุเพิ่ม เช่น อาหาร Alc + DM, อาหาร Alc + HT, อาหาร Alc + K, อาหาร Alc +</p>	



สหวิชาชีพ	เป้าหมาย (Purpose)	กิจกรรม (Process)	ตัวชี้วัด (Performance)
		<p>Hepatitis, อาหาร Alc + Cirrhosis , อาหาร Pt. DTs ที่ On NG tube + อาหารสำหรับผู้ป่วยที่แคลเซียมต่ำ และฟอสเฟตต่ำ เป็นต้น</p> <p>4.ติดตามการรับประทานอาหารผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวังการขาดสารอาหารในกลุ่มที่มีปัญหาภาวะแทรกซ้อนและภาวะโรคร่วมทางกาย</p> <p>5.ติดตามผลการดูแลด้านโภชนาการและรายงานแพทย์ ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ</p> <p>6.ให้โภชนศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ</p>	
<p>นักกิจกรรมบำบัด</p>	<p>1.ผู้ป่วยได้รับการประเมินเพื่อวางแผนและฟื้นฟูสมรรถภาพ</p>	<p>1.ประเมินศักยภาพในการทำกิจกรรม</p> <p>2.ร่วมวางแผนกับทีมสหวิชาชีพ</p> <p>3.วางแผนและจัดกลุ่มกิจกรรมเพื่อเสริมศักยภาพและเน้นการฟื้นฟูความบกพร่องที่สัมพันธ์กับปัญหาการตีบสุราด้วยทักษะต่างๆ ได้แก่ ทักษะการเคลื่อนไหว (eye-hand co -ordination) ทักษะการปรับตัวด้านการทำงาน (pre – vocational) ทักษะทางสังคม และทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน</p> <p>5.ประเมินผลและรายงานผลทุกครั้งที่ทำให้การฟื้นฟู พร้อมทั้งติดตามความก้าวหน้าของการฟื้นฟู</p>	
<p>พยาบาลจิตเวชชุมชน</p>	<p>1.ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อข้อมูลงานบริการจิตเวชชุมชนถูกต้องครบถ้วนตามปัญหา</p>	<p>1.รับการประสานผู้ที่มีปัญหาการตีบแอลกอฮอล์จาก ผู้ป่วยใน (IPD) พร้อมลงทะเบียน</p>	



สหวิชาชีพ	เป้าหมาย (Purpose)	กิจกรรม (Process)	ตัวชี้วัด (Performance)
		<p>2.ประสานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ให้ผู้รับผิดชอบในพื้นที่ เพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน</p> <p>3.กรณีมีปัญหายุ่งยากซับซ้อนตามเกณฑ์ยุ่งยากซับซ้อนของโรงพยาบาล ได้แก่ Readmit บ่อย (3 ครั้งภายใน 1 ปี) ผู้ป่วยที่ถูกครอบครัวและชุมชนไม่ยอมรับ ผู้ป่วยซึมเศร้าและหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (ระดับ moderate และ severe) ญาติยินยอมให้ทีมสุขภาพจิตชุมชนติดตามเยี่ยม เป็นต้น</p>	



3.ระยะ Rehabilitation and After care มีแรงจูงใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ ได้รับการส่งต่อและติดตามต่อเนื่อง

เป้าหมาย (Purpose)

- 1.ผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจระดับขั้นสูงได้ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อลด ละ เลิก การดื่มแอลกอฮอล์
- 2.ผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจระดับขั้นเมินเฉยได้รับความรู้เรื่องโรคจิตเวชและแอลกอฮอล์ (รวมญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย)
- 3.ได้รับการส่งต่อข้อมูลกับงานบริการจิตเวชชุมชน
- 4.ได้รับการติดตามต่อเนื่อง และหยุดดื่มแอลกอฮอล์ต่อเนื่อง 3 เดือน

สหวิชาชีพ	เป้าหมาย (Purpose)	กิจกรรม (Process)	ตัวชี้วัด (Performance)
แพทย์	1.ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการและปรับแผนการรักษาอย่างเหมาะสม	1. แพทย์ประเมินอาการทางจิตเวช และผลการปรับแผนการรักษาในระยะ Rehabilitation Phase 2. ประเมินผลว่าผู้ป่วยสามารถหยุดดื่มสุราได้พิจารณาส่งต่อรักษาต่อเนื่องในชุมชน	1.ร้อยละของผู้ป่วยมีระดับแรงจูงใจเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ (ร้อยละ 80) 2.ร้อยละผู้ป่วยมีแรงจูงใจระดับขั้นสูงได้ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจ (ร้อยละ 100) (เช่น Motivational Interviewing (MI), Motivational Enhancement Therapy (MET), Integrated Co-Occurring psychiatric substance and
พยาบาล	1.ผู้ป่วยมีแรงจูงใจระดับขั้นตัดสินใจเลิกดื่มสุรา (ระดับ 3 Preparation stage) 2.ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย รวมถึงมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและ	1.ประเมินอาการทางจิตทุกเลาจากแบบประเมิน BPRS มีค่าคะแนน 18 - 36 คะแนน 2.พยาบาลวางแผนเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อนทางจิตสังคมร่วมกับสหวิชาชีพเพื่อให้การรักษาพยาบาล 3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค แผนการรักษาพยาบาล วางแผนการจำหน่าย ให้แก่ผู้ป่วยและญาติทราบ	



สหวิชาชีพ	เป้าหมาย (Purpose)	กิจกรรม (Process)	ตัวชี้วัด (Performance)
	<p>อาการเจ็บป่วยจากการดื่มแอลกอฮอล์</p> <p>3. ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อข้อมูลเพื่อการติดตามต่อเนื่อง</p>	<p>4. ประเมินแรงจูงใจ (Stage of change) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์</p> <p>5. ประเมินความพร้อมและเสริมแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์</p> <p>6. มีการเตรียมความพร้อมและเสริมแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ทางด้านจิตสังคมบำบัด</p> <p>7. วางแผนการบำบัดทางจิตสังคม ในผู้ป่วยที่ดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำหรือมีประวัติขาดยา หรือไม่ยอมรับการเจ็บป่วย หรือมีปัญหาทางจิตสังคม</p> <p>8. วางแผนการบำบัดรักษาโรคร่วมทางจิตเวช และแผนการบำบัดปัญหายุ่งยากซับซ้อนทางจิตสังคมร่วมกับสหวิชาชีพ</p> <p>9. ส่งต่อข้อมูลปัญหาทางจิตสังคมที่ยังคงอยู่ให้ทีมทราบบและส่งต่อข้อมูลแก่ศูนย์สนับสนุนเครือข่ายหรือประสานพื้นที่การดูแลเพื่อดูแลต่อเนื่องในชุมชนกรณีจำหน่าย</p> <p>10. เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย และให้คำปรึกษาแนะนำก่อนกลับบ้านโดยใช้หลักการ D-M-E-T-H-O-D MODEL</p>	<p>alcohol Disorder Rehabilitation program (I-CORD-R)</p> <p>3. ร้อยละผู้ป่วยมีแรงจูงใจระดับขั้นเมินเฉยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและสารเสพติด (ร้อยละ 100)</p> <p>4. ร้อยละผู้ป่วยมีแรงจูงใจระดับขั้นตัดสินใจ (ร้อยละ 100)</p> <p>5. ร้อยละของผู้ป่วยแอลกอฮอล์หยุดดื่มต่อเนื่อง 3 เดือน (Remission) (ร้อยละ 40)</p> <p>6. ร้อยละผู้ป่วยมีแรงจูงใจระดับขั้น 4-5 (ร้อยละ 40)</p>



สหวิชาชีพ	เป้าหมาย (Purpose)	กิจกรรม (Process)	ตัวชี้วัด (Performance)
<p>พยาบาล OPD/งาน ให้ คำปรึกษา และ ยาเสพติด</p>	<p>1. ผู้ป่วยมาตามนัดได้รับการประเมิน ASSIS Alcohol และได้รับการบำบัดตามปัญหาพฤติกรรม การดื่ม</p> <p>2. ผู้ป่วยที่มาตามนัดได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจและได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจตามปัญหาอย่างเหมาะสม</p>	<p>1. ประเมินพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ของผู้มารับบริการสุขภาพ (ASSIST) เพื่อ</p> <p>แบ่งระดับความเสี่ยงในการดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อการวางแผนการบำบัดที่เหมาะสมตามระดับความเสี่ยง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ค่าคะแนน ASSIST 0 – 10 หมายถึง การดื่มในระดับเสี่ยงต่ำต่อการเกิดปัญหาจากการดื่มแต่ในอนาคตหากดื่มมากกว่านี้มีโอกาสเพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาจากการดื่มสุราได้ - คะแนน ASSIST 11 – 26 หมายถึง การดื่มในระดับเสี่ยงปานกลางต่อการสุขภาพและปัญหาอื่น ๆ หรืออาจเริ่มมีปัญหาบางอย่างเกิดขึ้นแล้ว การดื่มสุราอย่างต่อเนื่องลักษณะนี้จะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพและปัญหาอื่น ๆ ในอนาคต รวมถึงเสี่ยงต่อการติดสุราได้ โดยเฉพาะคนที่เคยมีปัญหาจากการดื่มสุราหรือเคยติดสุรามาก่อน - คะแนน ASSIST ตั้งแต่ 27 ขึ้นไป หมายถึง การดื่มในระดับเสี่ยงสูง บ่งชี้ว่ามีความเสี่ยงต่อการติดสุราแล้วหรืออยู่ในภาวะติดสุรา หรือกำลังประสบปัญหาสุขภาพ สังคม การเงิน กฎหมายที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา <p>2. ประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและเสริมสร้างแรงจูงใจให้เข้ารับการบำบัด (Stage of change)</p> <p>3. รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการประเมิน เพื่อการวินิจฉัยปัญหา</p>	



สหวิชาชีพ	เป้าหมาย (Purpose)	กิจกรรม (Process)	ตัวชี้วัด (Performance)
		<p>4. วางแผนให้การดูแลช่วยเหลือตามปัญหา</p> <p>5. ให้บริการจิตสังคมบำบัดตามปัญหาด้วยรูปแบบบริการ ดังนี้</p> <p>การตี้มในระดับเสี่ยงต่ำ (Lower risk)</p> <ul style="list-style-type: none"> - การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief advice) เป็นการให้คำแนะนำมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความตระหนักสร้างแรงจูงใจกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มองเห็นปัญหา เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม <p>การตี้มในระดับเสี่ยงปานกลาง (Moderate risk)</p> <ul style="list-style-type: none"> - การให้ความช่วยเหลือแบบสั้น (Brief intervention) การให้คำแนะนำและการวางแผนการดูแล วัตถุประสงค์เพื่อสร้างความตระหนักและวางแผนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่สามารถเป็นไปได้ - การให้การปรึกษา (Brief counseling) เป็นการสื่อสาร 2 ทาง โดยให้คำแนะนำแบบสั้น การตั้งเป้าหมายในการลด ละ เลิกตี้มแอลกอฮอล์หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ช่วยให้ผู้ป่วยมีปัญหการตี้มแอลกอฮอล์เกิดความตระหนัก และมีแนวทางในการแก้ไขปัญหการตี้มแอลกอฮอล์ของตนเอง - การสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing) เป็นการสนทนาที่มีวัตถุประสงค์ เพื่อสร้างความตระหนัก ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนและก้าวข้ามอุปสรรคในการตี้มได้ 	



มหาวิทยาลัยราชภัฏ
จันทบุรี

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาในการตี้มแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

สหวิชาชีพ	เป้าหมาย (Purpose)	กิจกรรม (Process)	ตัวชี้วัด (Performance)
		<p>การดื่มในระดับเสี่ยงสูง (High risk)</p> <ul style="list-style-type: none"> - การให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief counseling) เป็นการสื่อสาร 2 ทาง โดยให้คำแนะนำแบบสั้น การตั้งเป้าหมายในการลด ละ เลิกดื่มแอลกอฮอล์ หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ช่วยให้ผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์เกิดความตระหนัก และมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ของตนเอง - การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy / CBT) เพื่อช่วยให้ผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ได้ปรับเปลี่ยนแนวคิด นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ 	
<p>เภสัชกร</p>	<p>1.ผู้ป่วยได้รับการติดตามอาการข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โดยใช้ระบบ spontaneous กรณีเกิดอันตรายรุนแรงเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย</p> <p>2.ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานยา อย่างถูกต้อง</p>	<p>1.ให้ข้อมูลคำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยหรือญาติ กรณีพบปัญหาจากการใช้ยา เช่น การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ จากการใช้ยา ผู้ป่วยไม่รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ หรือกรณีผู้ป่วยมีการใช้ยาอย่างอื่นร่วมกับการรักษาซึ่งอาจเกิดปฏิกิริยาระหว่างกันของยา</p> <p>2.ติดตามผลการใช้ยา (Drug Monitoring) คือการติดตามอาการข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาโดยใช้ระบบ spontaneous กรณีที่เกิดอาการรุนแรงเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วยหรืออยู่ในความสนใจของบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งมีกิจกรรม ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - รับประทานงานจากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ หรือ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย เมื่อพบว่าผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 	



สหวิชาชีพ	เป้าหมาย (Purpose)	กิจกรรม (Process)	ตัวชี้วัด (Performance)
		<ul style="list-style-type: none"> - ประสานแพทย์ ในกรณีพบการใช้ยาที่มีการเกิดปฏิกิริยาต่อกัน หรือมีการใช้ยาที่ผู้ป่วยแพ้ - ติดตาม ประเมินผล และนำเสนอผลการประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาให้แพทย์เจ้าของไข้รับทราบ เพื่อพิจารณาออกบัตรแพ้ยา บัตรระวังการใช้ยา หรือการรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา - ลงบันทึกข้อมูลการแพ้ยาของผู้ป่วย (ถ้ามี) ลงในแฟ้มเวชระเบียนและระบบ online เพื่อเป็นข้อมูลให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องรับทราบ และป้องกันการได้รับยาที่เกิดปัญหาซ้ำ - ให้คำแนะนำผู้ป่วยหรือญาติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เรื่องอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ถ้ามี) <p>3. บริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยในหอผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยซึ่งมีแนวโน้มอาจเกิดปัญหาจากการใช้ยา โดยทำการติดตามประเมินอาการ และให้คำปรึกษาด้านยาแก่บุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ป่วย</p> <p>5. จัดเตรียมยาและเวชภัณฑ์ให้แก่ผู้ป่วย ตามคำสั่งใช้ยาของแพทย์ และส่งมอบยาพร้อมให้คำแนะนำด้านการใช้ยาแก่ผู้ป่วยหรือญาติกรณีแพทย์พิจารณาให้การบำบัดรักษาด้วยยาต่อเนื่อง</p>	



สหวิชาชีพ	เป้าหมาย (Purpose)	กิจกรรม (Process)	ตัวชี้วัด (Performance)
นักเทคนิคการแพทย์	1. ผู้ป่วยได้รับการตรวจวิเคราะห์และรายงานผลทางห้องปฏิบัติการได้ถูกต้อง แม่นยำ และรวดเร็ว	<p>หากมีการตรวจประเมินซ้ำบางกรณี</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1.รับสิ่งส่งตรวจจากผู้เข้ามารับบริการเช่นเลือด ปัสสาวะ อุจจาระ โดยจะทำการตรวจสอบชื่อ นามสกุล HN กับสิ่งส่งตรวจของผู้ป่วยว่าเป็นคนเดียวกันและจะตรวจดูคุณภาพของสิ่งส่งตรวจว่าเหมาะสมสำหรับนำมาทดสอบทางห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์หรือไม่ 2. 2. นำสิ่งส่งตรวจไปทำการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ 3. 3. รายงานผล ตรวจสอบความถูกต้องของผลทดสอบทุกครั้งก่อนลงชื่อเพื่อรับรองผลการทดสอบโดยนักเทคนิคการแพทย์ ก่อนรายงานผลทางห้องปฏิบัติการกรณีผลตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ อยู่ในค่าวิกฤติเจ้าหน้าที่จะโทรแจ้งพยาบาลเพื่อรายงานแพทย์ทันที 	
นักจิตวิทยาคลินิก	1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการแก้ไขปัญหาอย่างถูกต้องเหมาะสมกับสภาพปัญหา	<p>นักจิตวิทยาให้บริการบำบัดรักษาทางจิตวิทยารายบุคคลในกรณีต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้รับบริการมีปัญหาความขัดแย้งภายในใจ 2. ผู้รับบริการมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (Low Self-Esteem) 3. ผู้รับบริการมีปัญหาด้านอารมณ์และการจัดการความเครียด 4. ผู้รับบริการมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง 5. กรณีอื่น ๆ เมื่อได้รับการส่งต่อจากสหวิชาชีพผู้พบปัญหา 	



สหวิชาชีพ	เป้าหมาย (Purpose)	กิจกรรม (Process)	ตัวชี้วัด (Performance)
นักสังคมสงเคราะห์	1.ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามสภาพปัญหา 2.ญาติ/ผู้ดูแลได้รับการดูแลช่วยเหลือทางสังคมตามสภาพปัญหา	1.สัมภาษณ์/ประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยแอลกอฮอล์/ครอบครัว/ชุมชนและวินิจฉัยทางสังคม 2.ให้การช่วยเหลือตามสภาพปัญหา พิจารณาสีทธิผู้ป่วยแอลกอฮอล์หรือประสานจัดหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมหรือการช่วยเหลือทางสังคมที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา และสรุปผลการช่วยเหลือ 3.ให้การปรึกษาคครอบครัว/ครอบครัวบำบัดในผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่มีปัญหาด้านสัมพันธภาพ โดยการสื่อสาร หรือการทำหน้าที่ในครอบครัวบกพร่อง และประเมินผลการให้บริการ โดยการวางแผนนัดต่อเนื่อง หรือยุติบริการ แล้วแต่กรณี 4.เข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์รายกรณี กรณีหลังจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล กรณีหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประสานญาติ/ครอบครัว/เครือข่ายทางสังคม เตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน 1.ประสานส่งต่อข้อมูลการจัดการกับปัญหาทางสังคมและการดูแลด้านสังคม แหล่งสนับสนุนทาง สังคม และการวางแผนการบำบัด ต่อเนื่องให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือเครือข่ายนอกระบบบริการสาธารณสุข เช่น อบต.ศูนย์ คุ่มครองคน ไร่ที่พึ่ง	



สหวิชาชีพ	เป้าหมาย (Purpose)	กิจกรรม (Process)	ตัวชี้วัด (Performance)
นักโภชนาการ	1. ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลมีความรู้และปฏิบัติเกี่ยวกับโภชนบำบัดได้ถูกต้องเหมาะสม	- ให้โภชนศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ	
นักกิจกรรมบำบัด	1. ผู้ป่วยได้รับการประเมินเพื่อวางแผนและฟื้นฟูสมรรถภาพ	<p>1. ประเมินศักยภาพในการทำกิจกรรม</p> <p>2. ร่วมวางแผนกับทีมสหวิชาชีพ</p> <p>3. วางแผนและจัดกลุ่มกิจกรรมเพื่อเสริมศักยภาพและเน้นการฟื้นฟูความบกพร่องที่สัมพันธ์กับปัญหาการตีความด้วยทักษะต่างๆ ได้แก่ ทักษะการเคลื่อนไหว (eye-hand co-ordination) ทักษะการปรับตัวด้านการทำงาน (pre – vocational) ทักษะทางสังคม และทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน</p> <p>5. ประเมินผลและรายงานผลทุกครั้งที่ทำให้การฟื้นฟู พร้อมทั้งติดตามความก้าวหน้าของการฟื้นฟู</p> <p>6. ร่วมวางแผนและช่วยเหลือในกรณีที่ต้องใช้ทรัพยากรในชุมชน สร้างโอกาสในการทำงาน</p>	
พยาบาลจิตเวชชุมชน	1. ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อข้อมูลอย่างครบถ้วน ถูกต้อง	1. รับการประสานผู้ที่มีปัญหาการตีความแอลกอฮอล์จาก งานบริการผู้ป่วยใน (IPD) หรือผู้ป่วยจากชุมชน พร้อมลงทะเบียน	



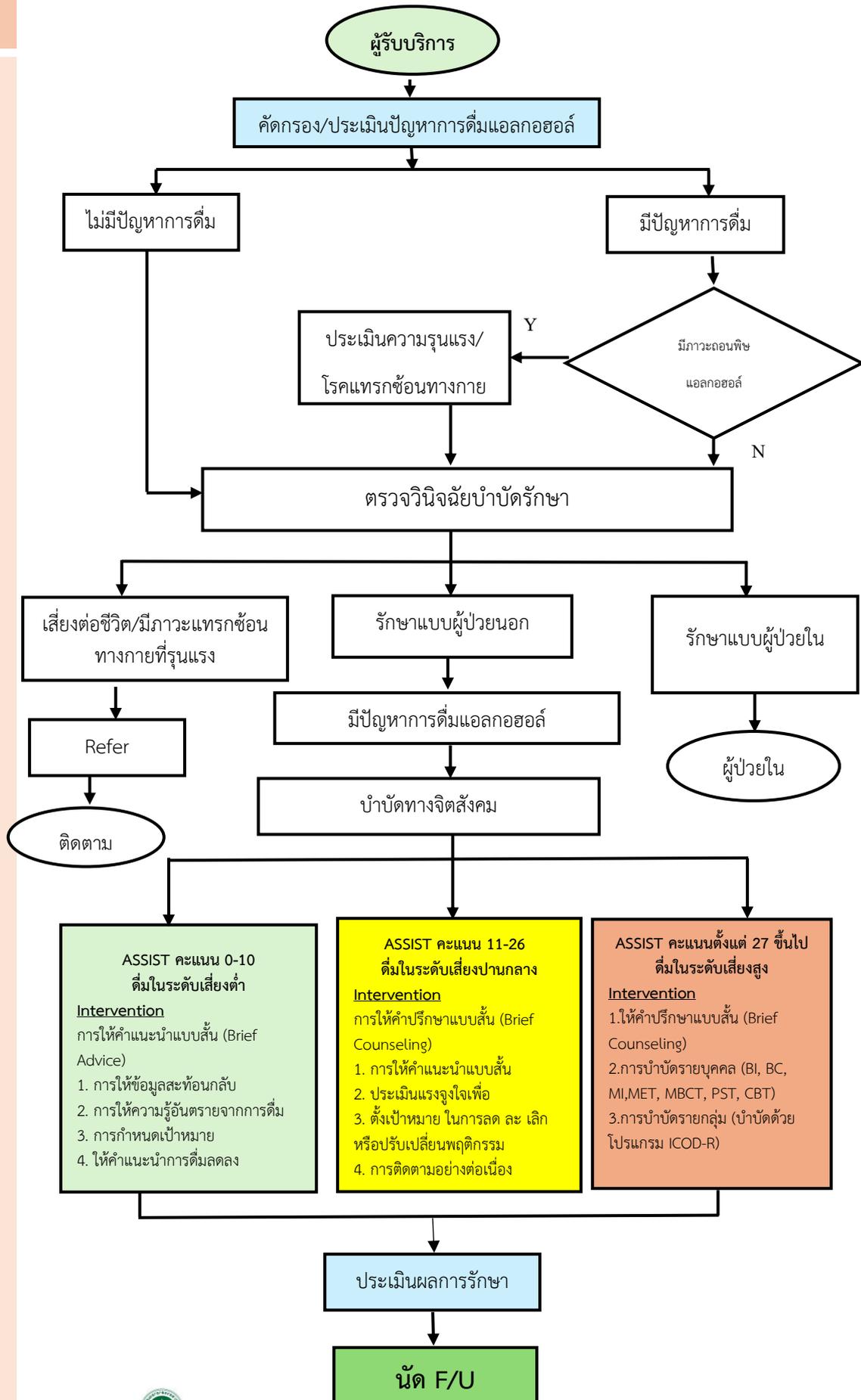
สหวิชาชีพ	เป้าหมาย (Purpose)	กิจกรรม (Process)	ตัวชี้วัด (Performance)
	<p>2.ผู้ป่วยได้รับการติดตามและหยุดดื่มแอลกอฮอล์ต่อเนื่อง สามารถส่งรักษาต่อในพื้นที่ได้</p>	<p>2.ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ให้ผู้รับผิดชอบในพื้นที่ เพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน</p> <p>3.กรณีมีปัญหายุ่งยากซับซ้อนตามเกณฑ์ยุ่งยากซับซ้อนของโรงพยาบาล ได้แก่ Readmit บ่อย (3 ครั้งภายใน 1 ปี) ผู้ป่วยที่ถูกครอบครัวและชุมชนไม่ยอมรับ ผู้ป่วยซึมเศร้าและหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (ระดับ moderate และ severe) ญาติยินยอมให้ทีมสุขภาพจิตชุมชนติดตามเยี่ยม เป็นต้น ประสานทีมสหวิชาชีพเพื่อร่วมติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน ร่วมกับผู้รับผิดชอบในพื้นที่ หลังการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน ให้บันทึกผลการติดตามเยี่ยมบ้านในเวชระเบียน</p> <p>4.ติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชนโดยบุคลากรผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในพื้นที่ โดยใช้แบบติดตามการดูแลต่อเนื่อง 10 ด้าน</p>	



แผนผังแนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (ผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยฉุกเฉิน)

ผู้รับผิดชอบ
พยาบาล (OPD) พยาบาล(ER)
พยาบาล (OPD) พยาบาล (ER)
พยาบาล (OPD) พยาบาล (ER)
พยาบาล(OPD)

เครื่องมือ
-คัดกรอง 3 คำถาม
-แบบคัดกรอง CAGE
-คัดกรองโรคแทรกซ้อนทางกาย
-แบบประเมิน CIWA-Ar
-คู่มือการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์
-แบบประเมิน ASSIST-Alcohol
-แบบประเมิน SOC
-แบบประเมิน SOC



แผนผังแนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (ผู้ป่วยใน)

ผู้รับผิดชอบ

พยาบาล (ER)

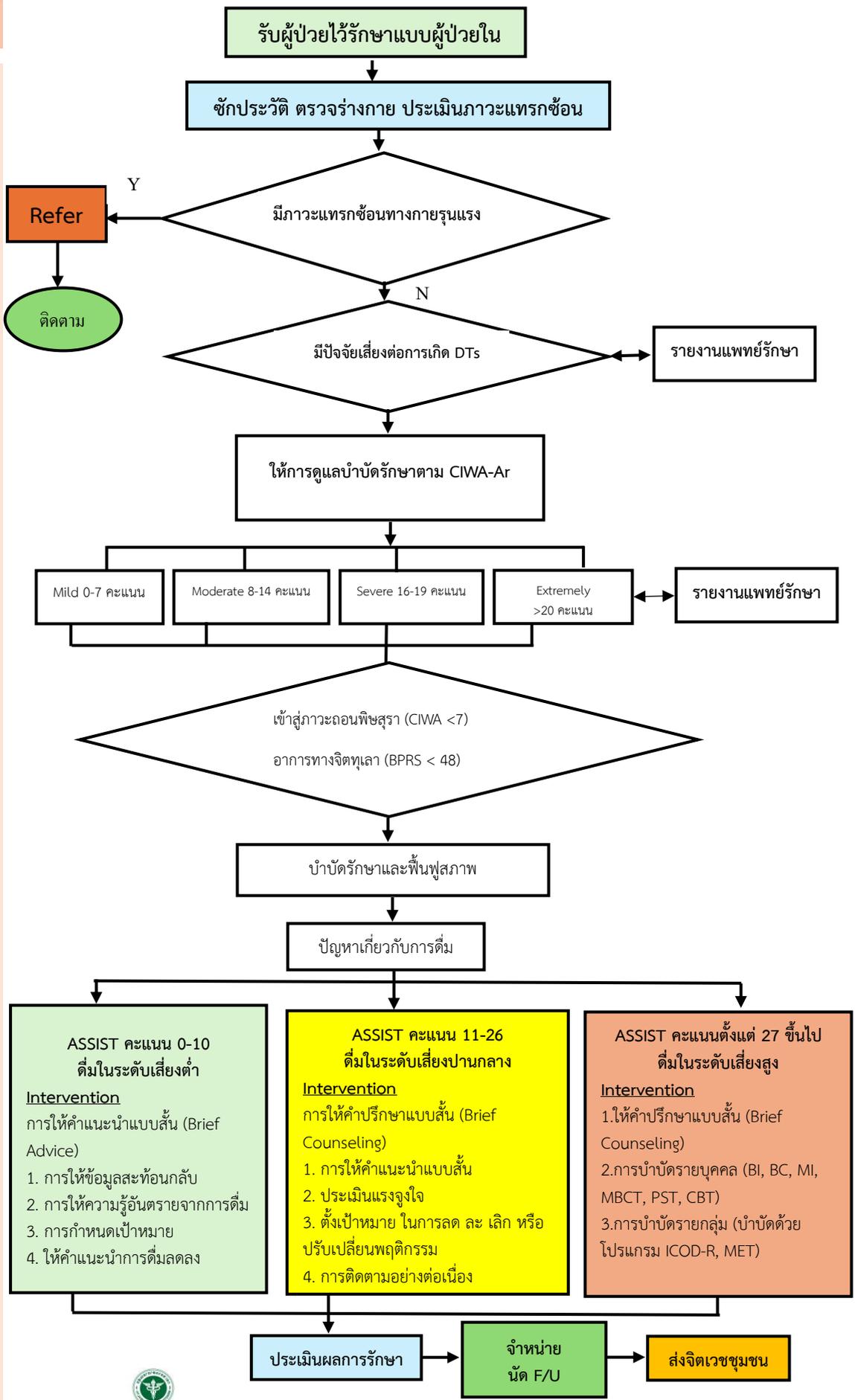
พยาบาล (ER)

พยาบาล IPD

พยาบาล IPD

พยาบาล IPD

ทีมสหวิชาชีพ



เครื่องมือ

- แบบคัดกรอง CAGE
- แบบประเมิน CIWA-Ar
- คัดกรองโรคแทรกซ้อนทางกาย
- คู่มือการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่ดื่มแอลกอฮอล์
- คู่มือการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่ดื่มแอลกอฮอล์
- แบบประเมิน CIWA-Ar
- คัดกรองโรคแทรกซ้อนทางกาย
- แบบประเมิน CIWA-Ar
- แบบประเมิน BPRS
- แบบประเมิน ASSIST-Alcohol
- แบบประเมิน SOC
- คู่มือโปรแกรมการบำบัด
- แบบประเมิน SOC
- ส่งข้อมูลระบบ online/Telephone



แผนผังแนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (จิตเวชชุมชน)

ผู้รับผิดชอบ

พยาบาล IPD

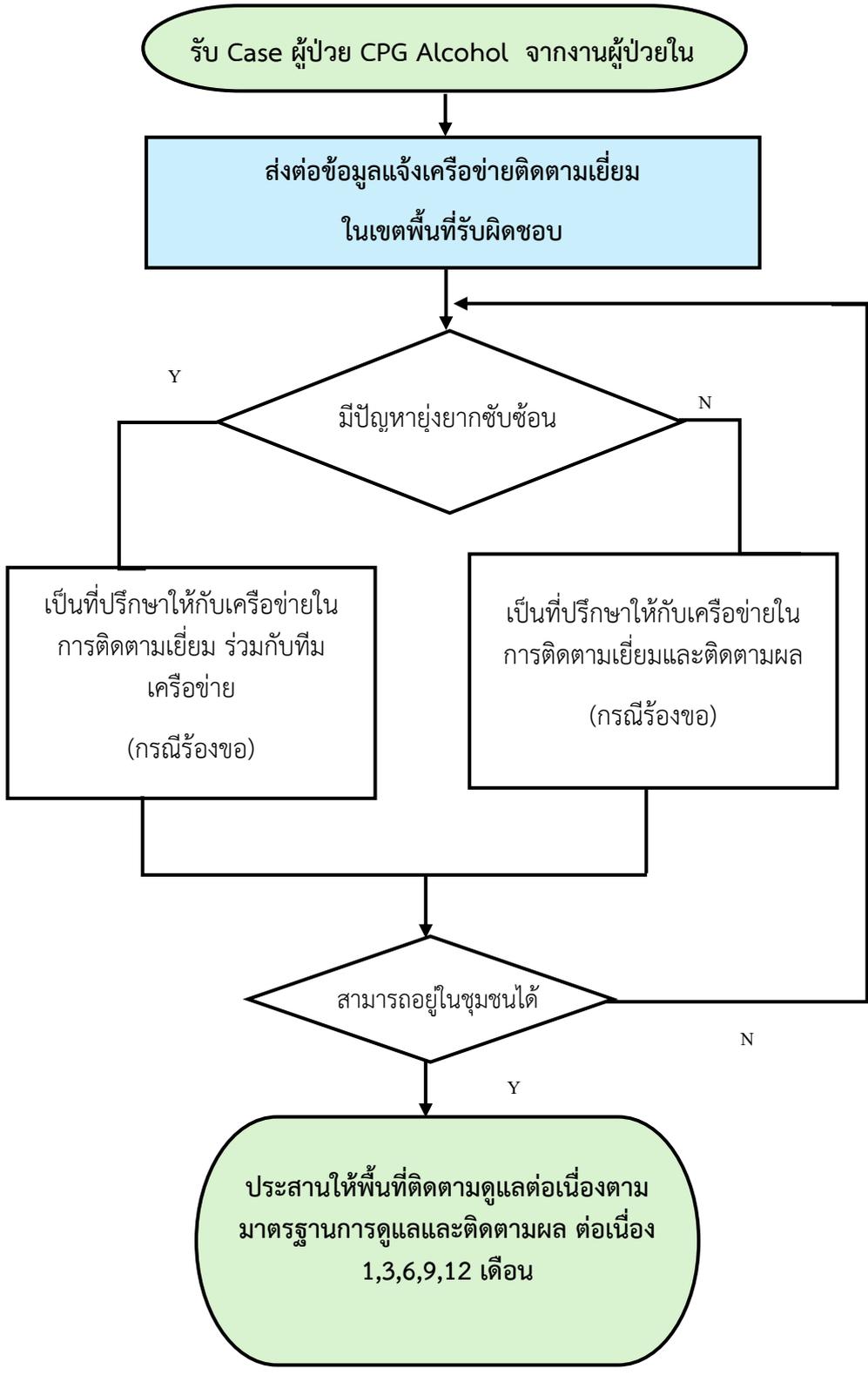
พยาบาลจิตเวชชุมชน

ทีมสหวิชาชีพ

พยาบาลจิตเวชชุมชน

เครื่องมือ

- เกณฑ์ยุ่งยากซับซ้อน
 - 1.ชุมชนไม่ยอมรับ/หวาดกลัว
 - 2.ญาติไม่ยอมรับ/ทอดทิ้ง
 - 3.ล่ามขัง
 - 4.เร่ร่อน/SMI-V
 - 5.ไม่มีผู้ดูแล
 - 6.admit บ่อย (3 ครั้งใน 1 ปี ปฏิทิน)
- แบบประเมินความเครียด (ST-5)
- แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 10 ด้าน
- แบบประเมิน SOC



ตัวชี้วัด CPG Alcohol 14 ตัวชี้วัด
คำอธิบายและสูตรตัวชี้วัดผู้ป่วย CPG Alcohol

1.ระยะ Acute phase (1–6 วัน) ค่าคะแนน CIWA-AR ระดับ Mild ขึ้นไป		
ลำดับ	ตัวชี้วัด	คำอธิบายและสูตร
1	ร้อยละของผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่ได้รับการประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกาย (เป้าหมายร้อยละ 100)	<p>ผู้ป่วยตาม CPG Alcohol ทั้งหมดได้รับการประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกายทุกราย ภาวะแทรกซ้อนทางกาย หมายถึง ภาวะหรืออาการของโรคที่มีผลมาจากภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ เช่น Aspiration Pneumonia, Seizure จากภาวะ Hypomagnesemia หรือElectrolyte imbalance และภาวะ Oversedation (**กรณีมีโรคทางกายเดิม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิต ไทรอยด์ ฯลฯ เป็นต้น ซึ่งเป็นโรคร่วมทางกาย (Comorbid) ไม่ถึงว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนจากการถอนพิษแอลกอฮอล์)</p> <p>***เป้าหมายควรเป็นร้อยละ 100 กรณีไม่ได้รับการประเมินตามเกณฑ์ คือ 1. เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายดังกล่าวจนได้รับการส่งต่อ 2.กรณีผู้ป่วยผ่านเข้า Stage ที่ 2 ไปแล้ว แล้วตรวจพบว่าไม่ได้รับการ Work up LAB ตามแนวปฏิบัติผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ตั้งแต่ 1 ตัวขึ้นไปก็ถือว่าไม่ได้รับการประเมิน</p> <p style="text-align: center;">$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยตาม CPG Alcohol ที่ได้รับการประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกาย} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยตาม CPG Alcohol ทั้งหมด}}$</p>
2	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ระดับรุนแรง ขึ้นไป (CIWA-AR ≥ 15 คะแนน) ยาวนานเกิน 3 วันของผู้ป่วยแอลกอฮอล์ทั้งหมด (ไม่เกินร้อยละ 5)	<p>ผู้ป่วยตาม CPG Alcohol ทั้งหมด ที่ได้รับการประเมินภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ และพบว่าผู้ป่วยรายนั้น ๆ มีค่าคะแนน CIWA-Ar เท่ากับหรือมากกว่า 15 คะแนน (หรือมี Rum Fits) ยาวนานเกิน 72 ชม. (หรือ 3 วัน) (**เริ่มนับตั้งแต่ประเมินพบว่าคะแนนอยู่ในระดับรุนแรง โดยนับเวลาประเมินครั้งแรก จนครบรอบ 24 ชม. นับเป็น 1 วัน เช่น ประเมินพบว่ามึนระดับรุนแรง วันที่ 1 เวลา 16.00 น. จนถึง เวลา 16.00 น. ของวันที่ 2 ให้นับเป็น 1 วัน หรือ 24 ชั่วโมง)</p> <p style="text-align: center;"><math display="block">\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยตาม CPG Alcohol ที่มีอาการถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงเกิน 3 วัน(CIWA -AR ≥ 15)} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยตาม CPG Alcohol ทั้งหมด}}</math></p>



1.ระยะ Acute phase (1-6 วัน) ค่าคะแนน CIWA-AR ระดับ Mild ขึ้นไป		
ลำดับ	ตัวชี้วัด	คำอธิบายและสูตร
3.	ร้อยละของผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่ไม่เกิดอาการถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงภายหลังรับไว้รักษา 24 ชั่วโมง (CIWA-Ar < 15) (เป้าหมาย ร้อยละ 85)	<p>ผู้ป่วยตาม CPG Alcohol ที่ได้รับการประเมินภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ และไม่พบอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ในระดับรุนแรงขึ้นไป คือ คะแนน CIWA-Ar ไม่เกิน 15 คะแนน ภายหลังรับไว้รักษา 24 ชม. (**การนับ 24 ชม. แรก โดยให้นับเริ่มจากเวลาที่ Admit ตัวอย่าง นาย ก Admit วันที่ 3 เวลา 15.00 น. ประเมิน CIWA-Ar จนถึงเวลา 15.00 น.ของวันที่ 4 นับเป็น 24 ชม. **หากภายใน 24 ชม. นี้ พบว่าเริ่มมีคะแนน CIWA-Ar ระดับรุนแรง ให้นับว่าเกิดภาวะถอนพิษรุนแรงตั้งแต่แรกรับ ***หากภายหลัง 24 ชม. แรกนี้ เกิดภาวะถอนพิษรุนแรง ให้นับว่าเกิดภาวะถอนพิษรุนแรง ภายหลังแรกรับ 24 ชม. โดยมีผลการนับเวลาตั้งแต่ 15.01 น. ของวันที่ 4</p> <p>$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยตาม CPG Alcohol ที่ไม่เกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ในระดับรุนแรงภายหลังรับไว้รักษา (CIWA น้อยกว่า 15)} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยตาม CPG Alcohol ทั้งหมด}}$</p>
4	ร้อยละของผู้ป่วยแอลกอฮอล์เกิดภาวะแทรกซ้อนทางกาย (ระบุ เช่น Aspiration Pneumonia, Seizure จากภาวะ Hypomagnesemia หรือ Electrolyte imbalance และภาวะ Oversedation ได้รับการส่งต่อ) (เป้าหมายร้อยละ 3)	<p>ผู้ป่วยตาม CPG Alcohol ทั้งหมดเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายรุนแรง และจำเป็นต้องได้รับการส่งต่อเพื่อรับการดูแลจาก รพ.ที่เกี่ยวข้องมากกว่า (ระบุ เช่น Aspiration Pneumonia, Seizure จากภาวะ Hypomagnesemia หรือ Electrolyte imbalance และภาวะ Oversedation ได้รับการส่งต่อ) รวมถึงการได้รับอันตรายทางร่างกายอื่น เช่น อุบัติเหตุ (สัมพันธ์กับภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์) รุนแรงจนได้รับการส่งต่อ (**ไม่นับรวมผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางกายเดิม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไทรอยด์ หรืออื่น ๆ ที่ไม่สัมพันธ์กับภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์)</p> <p>$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยตาม CPG Alcohol เกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายรุนแรง (Refer)} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยตาม CPG Alcohol ทั้งหมด}}$</p>



2. ระยะ Sub-Acute phase (7-14 วัน) และหรือไม่มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ (CIWA= 0 คะแนน)		
ลำดับ	ตัวชี้วัด	คำอธิบายและสูตร
1	ร้อยละของผู้ป่วยแอลกอฮอล์ไม่เกิด Wernicke encephalopathy (เป้าหมายร้อยละ 90)	จำนวนผู้ป่วยตาม CPG Alcohol ทั้งหมดที่ไม่เกิด Wernicke encephalopathy จำนวนผู้ป่วยตาม CPG Alcohol ที่ไม่เกิด Wernicke encephalopathy x 100 จำนวนผู้ป่วยตาม CPG Alcohol ทั้งหมดที่อยู่ในระยะที่ 2 และ 3 (**ไม่นับรวมผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ Acute)
2	ร้อยละของผู้ป่วยมีค่าคะแนน BPRS ลดลง ≤48 คะแนน (เป้าหมายร้อยละ 80)	จำนวนผู้ป่วยตาม CPG Alcohol ได้รับการประเมิน BPRS ตามเกณฑ์การประเมิน และมีค่าคะแนน BPRS ลดลง ≤48 คะแนน ภายใน 7 วัน จำนวนผู้ป่วยตาม CPG Alcohol มีค่าคะแนน BPRS ลดลง ≤48 คะแนนภายใน 7 วัน x 100 จำนวนผู้ป่วยตาม CPG Alcohol (**ไม่นับรวมผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ Acute)
3	ร้อยละผู้ป่วยได้รับการประเมินแรงงูใจ (เป้าหมายร้อยละ 90)	จำนวนผู้ป่วยตาม CPG Alcohol ทั้งหมดที่ผ่านเข้าสู่ระยะ Sub-Acute ได้รับการประเมินแรงงูใจ จำนวนผู้ป่วย ตาม CPG Alcohol ได้รับการประเมิน SOC x 100 จำนวนผู้ป่วยตาม CPG Alcohol ทั้งหมดที่อยู่ในระยะที่ 2 และ 3 (**ไม่นับรวมผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ Acute)
4	ร้อยละผู้ป่วยมีแรงงูใจระดับขั้นลึกลับใจ (เป้าหมายร้อยละ 60)	จำนวนผู้ป่วยตาม CPG Alcohol ที่ได้รับการประเมินแรงงูใจและมีระดับแรงงูใจ อยู่ในขั้นลึกลับใจ จำนวนผู้ป่วยตาม CPG Alcohol มีแรงงูใจระดับขั้นลึกลับใจ x 100 จำนวนผู้ป่วยตาม CPG Alcohol ทั้งหมดที่อยู่ในระยะที่ 2 และ 3 (**ไม่นับรวมผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ Acute)



3. ระยะ Rehabilitation and After care มีแรงจูงใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ ได้รับการส่งต่อและติดตามต่อเนื่อง		
ลำดับ	ตัวชี้วัด	คำอธิบายและสูตร
1	ร้อยละของผู้ป่วยมีระดับแรงจูงใจเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ (เป้าหมายร้อยละ 80)	จำนวนผู้ป่วยตาม CPG Alcohol ที่ได้รับการประเมินแรงจูงใจและได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยการให้ความรู้และหรือให้ได้รับจิตสังคมบำบัดมีระดับแรงจูงใจเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ เช่น ผู้ที่มีแรงจูงใจระดับ 1 หลังได้รับ Intervention แล้วมีแรงจูงใจเพิ่มเป็นระดับ 2 หรือ 3 ให้นับว่าเพิ่มขึ้น 1 ระดับ หรือผู้ที่มีแรงจูงใจระดับ 2 หลังได้รับ Intervention แล้ว เพิ่มเป็น ระดับ 3 หรือ 4 ก็ได้ เช่นเดียวกัน (โดยเก็บข้อมูลจากจำนวนที่ผู้ป่วยจำหน่ายในเดือนนั้น ๆ) $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยตาม CPG Alcohol ที่มีระดับแรงจูงใจเพิ่มขึ้น 1 ระดับ} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยตาม CPG Alcohol ที่จำหน่าย}}$
2	ร้อยละผู้ป่วยมีแรงจูงใจระดับขั้นสูงได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจ (เป้าหมายร้อยละ 100)	จำนวนผู้ป่วยตาม CPG Alcohol ที่ได้รับการประเมินแรงจูงใจ มีแรงจูงใจระดับขั้นสูงได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยการเข้ากลุ่มบำบัดทางจิตสังคมตามเหมาะสม (เช่น Motivational Interviewing (MI), Motivational Enhancement Therapy (MET), Integrated Co-Occurring psychiatric substance and alcohol Disorder Rehabilitation program (I-CORD-R) โดยนับจำนวนเฉพาะผู้ป่วยที่จำหน่ายในเดือนนั้น ๆ $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยตาม CPG Alcohol มีแรงจูงใจระดับขั้นสูงได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจ (เข้ากลุ่ม/จิตสังคมบำบัด)} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยตาม CPG Alcohol ที่จำหน่ายทั้งหมด}}$
3	ร้อยละผู้ป่วยมีแรงจูงใจระดับขั้นสูงมีความรู้เกี่ยวกับโรคและสารเสพติด (เป้าหมายร้อยละ 100)	จำนวนผู้ป่วยตาม CPG Alcohol ที่ได้รับการประเมินแรงจูงใจและมีแรงจูงใจระดับขั้นสูงมีความรู้เกี่ยวกับโรคและสารเสพติด โดยนับจำนวนเฉพาะผู้ป่วยตาม CPG Alcohol ที่มีแรงจูงใจระดับขั้นสูง ที่จำหน่ายในเดือนนั้น ๆ $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยตาม CPG Alcohol มีแรงจูงใจระดับขั้นสูงมีความรู้เกี่ยวกับโรคและสารเสพติด} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยตาม CPG Alcohol ที่มีแรงจูงใจระดับขั้นสูง ที่จำหน่ายในเดือนนั้น ๆ}}$



3. ระยะ Rehabilitation and After care มีแรงจูงใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ ได้รับการส่งต่อและติดตามต่อเนื่อง		
ลำดับ	ตัวชี้วัด	คำอธิบายและสูตร
4	ร้อยละผู้ป่วยมีแรงจูงใจระดับขั้นตัดสิ้นใจ (เป้าหมายร้อยละ 90)	จำนวนผู้ป่วยตาม CPG Alcohol ที่ได้รับการประเมินแรงจูงใจในวันที่ญาติหรือผู้ดูแลมารับกลับ (วันจำหน่าย) และอาจเป็นผู้ที่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจ (เช่น Motivational Interviewing (MI), Motivational Enhancement Therapy (MET), Integrated Co-Occurring psychiatric substance and alcohol Disorder Rehabilitation program (I-CORD-R) หรือไม่ได้ แต่เมื่อประเมินแรงจูงใจต้องอยู่ระดับขั้นตัดสิ้นใจ ในวันที่ที่จำหน่าย $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยตาม CPG Alcohol มีแรงจูงใจระดับขั้นตัดสิ้นใจ} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยตาม CPG Alcohol ที่จำหน่ายทั้งหมด}}$
5	ร้อยละของผู้ป่วยแอลกอฮอล์หยุดดื่มต่อเนื่อง 3 เดือน (Remission) (เป้าหมายร้อยละ 40) ใช้ตอบ ตัวชี้วัด THIP**	จำนวนผู้ป่วยตาม CPG Alcohol ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล และมีระดับแรงจูงใจขั้นตัดสิ้นใจที่ได้รับการบำบัดทางจิตสังคม ครบตามจำนวนครั้งก่อนจำหน่ายกลับบ้าน เมื่อกลับไปอยู่บ้านสามารถลดปริมาณการดื่มลงและหรือสามารถหยุดดื่มได้ต่อเนื่อง 3 เดือน (90 วัน) (นับเป็นรายไตรมาส ทุก 3 เดือน) ไม่รวมผู้ป่วยถูกจับ เสียชีวิต หรือส่งต่อหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยตาม CPG Alcohol หยุดดื่มต่อเนื่องหลังจำหน่าย 90 วัน} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วย CPG Alcohol ที่จำหน่ายทั้งหมด (มีแรงจูงใจในระดับขั้นตัดสิ้นใจ/ได้รับจิตสังคมบำบัด)}}$ <u>ผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่หยุดดื่มต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา</u> <u>จำนวนผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่จำหน่ายจากการบำบัดรักษาทั้งหมดในไตรมาสก่อนหน้า</u>
6	ร้อยละผู้ป่วยมีแรงจูงใจระดับขั้น 4-5 (เป้าหมายร้อยละ 40)	จำนวนผู้ป่วยตาม CPG Alcohol ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล และมีระดับแรงจูงใจขั้นตัดสิ้นใจที่ได้รับการบำบัดทางจิตสังคมครบตามจำนวนครั้งก่อนจำหน่ายกลับบ้าน เมื่อกลับไปอยู่บ้านสามารถลดปริมาณการดื่มลงและหรือสามารถปฏิบัติตัวโดยการลดปริมาณการดื่มลงและหรือหยุดดื่มได้อย่างต่อเนื่อง 3 เดือน ประเมินแรงจูงใจระดับขั้น 4-5 $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยตาม CPG Alcohol มีแรงจูงใจระดับขั้น 4-5} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยตาม CPG Alcohol ที่จำหน่ายทั้งหมด (มีแรงจูงใจในระดับขั้นตัดสิ้นใจ/ได้รับจิตสังคมบำบัด)}}$

หมายเหตุ **ผู้ป่วยที่มีข้อบกพร่องหรือข้อจำกัดที่ไม่สามารถเข้าร่วมการบำบัดทางจิตสังคมได้ ให้คัดออกไม่นับรวมตัวหารในรอบนั้น



เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2564). เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวช สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต. บริษัท ปิยอนด์พับลิชชิง จำกัด.
- ชิดชนก โอภาสวัฒนา (บรรณารักษ์). (2563). คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. บริษัท พรอสเพอร์สพลัส จำกัด.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2553). คู่มือสำหรับผู้อบรม: การให้คำปรึกษาและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา. วนิดาการพิมพ์.
- ภาณุรัตน์ ศรีมุงคกุล, นุจรินทร์ บัวละคร, ภาวิณี สถาพรธีระ, และกาญจนกนก สุรินทร์ชมภู. (2568). การพัฒนารูปแบบการประเมินทางคลินิกเพื่อป้องกันการหลุดสลักในผู้ป่วยจิตเวช บริบทโรงพยาบาลระดับเหนือตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. การประชุมสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 1, 177–188.
- มานิต ศรีสุรภานนท์, พริ้มเพรา ดิษยวณิช, และจำลอง ดิษยวณิช. (2544). เครื่องวัดทางจิตเวช: ข้อควรพิจารณาสำหรับผู้ใช้. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 46(2), 127–136.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นแก่นราชนครินทร์. (2564). คู่มือแนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้มีปัญหาในการดื่มแอลกอฮอล์.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2561). แนวทางการปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา.
- Bualakorn, N., Soonthornchaiya, R., & Vuthiarpa, S. (2018). The effects of a motivation enhancement therapy program with family involvement on the medication adherence of inpatients with co-occurring schizophrenia and alcohol use disorder. *JRTAN*, 19(Suppl), 423–432.
- Cherpitel, C. J. (1997). Brief screening instruments for alcoholism. *Alcohol Health & Research World*, 21(4), 348–351.
- Kiekkas, P., Aretha, D., Panteli, E., Baltopoulos, G. I., & Filos, K. S. (2013). Unplanned extubation in critically ill adults: clinical review. *Nursing in Critical Care*, 18(3), 123–134.
- McNett, M., & Kerber, K. (2015). Unplanned extubations in Intensive Care Unit: evidences for risk factors. A literature review. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 22(7), 303–311.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. Guilford Press.
- Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10, 799–812.



- Silva, P. S., & Fonseca, M. C. (2012). Unplanned endotracheal extubations in the intensive care unit: systematic review, critical appraisal, and evidence-based recommendations. *Anesthesia & Analgesia*, 114(5), 1003–1014.
- Sullivan, J. T., Sykora, K., Schneiderman, J., Naranjo, C. A., & Sellers, E. M. (1989). Assessment of alcohol withdrawal: the revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar). *British Journal of Addiction*, 84(11), 1353–1357.



ภาคผนวก



ภาคผนวก

1. แบบบันทึกติดตามอาการถอนพิษสุรา (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol – Revised Version: CIWA–Ar)
2. แบบประเมินเพื่อคัดกรองปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ (Cut Annoyed Guilty Eye :CAGE)
3. แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้มารับบริการสุขภาพ (ASSIST–Alcohol)
4. แบบประเมินขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
5. แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)
6. แบบประเมิน Richmond Agitation–Sedation Scale
7. แบบทดสอบเพื่อป้องกันการสูดสำลัก
8. การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์แบบรุนแรง
9. แบบติดตามการดูแล 10 ด้าน



แบบประเมินภาวะอาการขาดแอลกอฮอล์

Clinical institute withdrawal Assessment scale for Alcohol Revised: CIWA-Ar

วันที่ดื่มครั้งสุดท้าย.....		วันที่	วันที่	วันที่
เวลาที่ดื่มครั้งสุดท้าย.....		เวลา	เวลา	เวลา
1. อาการ คลื่นไส้อาเจียน	0=ไม่มีคลื่นไส้ ไม่มีอาเจียน 1=คลื่นไส้เล็กน้อย ไม่อาเจียน 4=คลื่นไส้เป็นพักๆ อาเจียน แต่ไม่มีอะไรออก 7=คลื่นไส้อยู่เรื่อยๆ อาเจียนบ่อย			
2. อาการรับ สัมผัสผิดปกติ	0=ไม่มี 1=คันยุบยิบ เหน็บชา ปวดแปล็บๆ เป็นน้อยมาก 2=คันยุบยิบ เหน็บชา ปวดแปล็บๆ เป็นน้อย 3=คันยุบยิบ เหน็บชา ปวดแปล็บๆ เป็นปานกลาง 4=มีประสาทหลอนทางสัมผัสค่อนข้างมาก 5=มีประสาทหลอนทางสัมผัสมาก 6=มีประสาทหลอนทางสัมผัสค่อนข้างรุนแรง 7=มีประสาทหลอนอยู่ตลอดเวลา			
3. อาการสั่น	0=ไม่มีอาการสั่น 1=ไม่เห็นแต่รู้สึกว่ปลายนิ้วแต่ละนิ้วมีอาการสั่น 4=ปานกลาง พบสั่นขณะผู้ป่วยเหยียดแขนตรง 7=รุนแรง เห็นแม้ขณะไม่เหยียดแขน			
4. การรับรู้ทาง เสียงผิดปกติ	0=ไม่มีเสียง 1=เสียงระคายหู หรือทำให้กั้วน้อยมาก 2=เสียงระคายหูทำให้กั้วน้อย 3=เสียงระคายหูทำให้กั้วปานกลาง 4=มีอาการหูแว่วค่อนข้างรุนแรง 5=มีอาการหูแว่วรุนแรงมากชัดเจน 7=มีอาการหูแว่วอยู่ตลอดเวลา			
5. อาการเหวี่ยง อกเป็นพักๆ	0=ไม่เห็นเหวี่ยง 1= ไม่ค่อยเห็นว่าเหวี่ยงอก ฝ่ามือขึ้น 4=เห็นเหวี่ยงเป็นเม็ดๆชัดบริเวณหน้าผาก 7=เหวี่ยงออกเป็ยกโซ่คั่วตัว			



แบบประเมินภาวะอาการขาดแอลกอฮอล์

Clinical institute withdrawal Assessment scale for Alcohol Revised: CIWA-Ar (ต่อ)

วันที่ดื่มครั้งสุดท้าย.....		วันที่	วันที่	วันที่
เวลาที่ดื่มครั้งสุดท้าย.....		เวลา	เวลา	เวลา
6. การรับรู้ทาง ตาผิดปกติ	0=ไม่มี 1=ไวต่อแสงกว่าปกติเล็กน้อย 2=ไวต่อแสงกว่า ปกติเล็กน้อย 3=ไวต่อแสงกว่าปกติปานกลาง 4=อาการประสาทหลอนค่อนข้างรุนแรง 5=อาการประสาทหลอนรุนแรง 6=อาการประสาทหลอน รุนแรงมาก 7=มีประสาทหลอนอยู่ตลอดเวลา			
7. อาการวิตก กังวล	0=ไม่กังวล 1=กังวลเล็กน้อย 4=กังวลปานกลาง หรือปิดบังทำให้สงสัยว่าน่าจะมี 7=ตระหนกกลัวรุนแรง			
8. ปวดศีรษะ มีนื้อ	0=ไม่มี 1=มีน้อยมาก 2=มีน้อย 3=ปานกลาง 4=ค่อนข้างรุนแรง 5=รุนแรง 6=รุนแรงมาก 7=รุนแรงที่สุด			
9. อาการ กระวนกระวาย	0=พฤติกรรมปกติ 1=กระวนกระวายกว่าปกติเล็กน้อย 4=ดูกระวนกระวายอยู่ไม่นิ่ง 7=เดินไปมาขณะตอบคำถาม หรืออยู่กับที่ไม่ได้เลย			
10. การรับรู้ เรื่อง เวลา สถานที่	0=ตอบได้ตรง 1=ไม่แน่ใจเรื่องวัน 2=ตอบผิดเรื่องวัน แต่ผิดพลาดไม่เกิน 2 วัน 3=ตอบวันผิดมากกว่า 2 วัน 4= ตอบผิดด้านสถานที่ และ/หรือบุคคล			



แบบประเมินเพื่อคัดกรองปัญหาจากการต็มแอลกอฮอล์ (Cut Annoyed Guilty Eye: CAGE)

1. CUT DOWN คุณเคยคิดที่จะลดปริมาณการต็มของคุณลง หรือไม่
ใช่ ไม่
2. ANNOYED เคยมีใครทำให้คุณรำคาญโดยตำหนิคุณเรื่องการต็มสุราหรือไม่
ใช่ ไม่
3. GUILTY คุณเคยรู้สึกไม่ดีหรือรู้สึกผิดเพราะว่า คุณต็มสุราหรือไม่
ใช่ ไม่
4. EYE-OPENER คุณเคยต้องต็มสุราเป็นครั้งแรกในตอนเช้าทันทีที่คุณตื่นนอน เพื่อแก้อาการเมา
ค้าง หรือเพื่อให้สามารถทำอะไรต่อไปได้หรือไม่
ใช่ ไม่

การแปลผล

ถ้าตอบว่า “ใช่” 1 ครั้งหรือน้อยกว่า หมายความว่า "ไม่มีปัญหาในการต็มสุรา"

ถ้าตอบว่า “ใช่” 2 ครั้งหรือมากกว่า หมายความว่า "มีปัญหาในการต็มสุรา"



แบบประเมินพฤติกรรมการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ของผู้มารับบริการสุขภาพ (ASSIST)

ชื่อ-สกุล.....เพศ () ชาย () หญิง อายุ..... ปี HN.....

เลขประจำตัวประชาชน..... ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....วันที่ประเมิน..... ผู้ประเมิน.....

หน่วยงาน.....

คำชี้แจง คำถามแต่ละข้อจะถามถึงประสบการณ์การตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา โดย เครื่องตีแอลกอฮอล์ หมายถึง สุรา เบียร์ เหล้า สาโท กระแช่ ไวน์ เป็นต้น **ขอให้ตอบตามความเป็นจริงเพื่อ ประโยชน์ในการให้บริการสุขภาพ**

ข้อคำถาม	คำตอบ					คะแนน
	ไม่เคย	เคย				
ข้อ 1. ตลอดชีวิตที่ผ่านมา คุณ เคยตี เครื่องตีแอลกอฮอล์ หรือไม่ (หรือเคยตีแต่ หยุดตีมาแล้ว 1 ปีขึ้นไป)	ไม่เคย (<i>ยุติการประเมิน</i>)	เคย				
ข้อ 2. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คุณ ตี เครื่องตีแอลกอฮอล์บ่อยเพียงไร	ไม่เคย (0) (<i>ข้ามไปที่ข้อ 6</i>)	ครั้งสองครั้ง (2)	ทุกเดือน (3)	ทุกสัปดาห์ (4)	เกือบทุกวัน (6)	
ข้อ 3. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คุณเคย รู้สึกอยากตี เครื่องตีแอลกอฮอล์อย่างมาก บ่อยเพียงไร	ไม่เคย (0)	ครั้งสองครั้ง (3)	ทุกเดือน (4)	ทุกสัปดาห์ (5)	เกือบทุกวัน (6)	
ข้อ 4. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา การตี เครื่องตีแอลกอฮอล์ทำให้คุณ เกิดปัญหา สุขภาพ ครอบครัว สังคม กฎหมาย หรือ การเงิน บ่อยเพียงไร	ไม่เคย (0)	ครั้งสองครั้ง (4)	ทุกเดือน (5)	ทุกสัปดาห์ (6)	เกือบทุกวัน (7)	
ข้อ 5. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คุณ ไม่สามารถทำกิจกรรมที่คุณควรจะได้ ตามปกติ เนื่องจากคุณตีเครื่องตี แอลกอฮอล์ บ่อยเพียงไร	ไม่เคย (0)	ครั้งสองครั้ง (5)	ทุกเดือน (6)	ทุกสัปดาห์ (7)	เกือบทุกวัน (8)	
ข้อ 6. ตลอดชีวิตที่ผ่านมา เพื่อนฝูงญาติ หรือคนอื่น เคยแสดงความกังวลหรือ ตักเตือนคุณ เกี่ยวกับการตีเครื่องตี แอลกอฮอล์ของคุณ หรือไม่	ไม่เคย (0)	เคย, ในช่วง 3 เดือน ที่ผ่านมา (6)	เคย, ก่อน 3 เดือน ที่ผ่านมา (3)			
ข้อ 7. ตลอดชีวิตที่ผ่านมา คุณ เคย พยายามหยุดหรือลดการตี เครื่องตี แอลกอฮอล์ให้น้อยลง แต่ทำไม่สำเร็จ หรือไม่	ไม่เคย (0)	เคย, ในช่วง 3 เดือน ที่ผ่านมา (6)	เคย, ก่อน 3 เดือน ที่ผ่านมา (3)			
คะแนนรวม						

คำตอบ “ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา”

คำตอบ “ตลอดชีวิตที่ผ่านมา”



- “ไม่เคย หมายถึง ไม่เคยเลยในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา”
- “ครั้งสองครั้ง หมายถึง 1-2 ครั้งในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา”
- “ทุกเดือน หมายถึง เฉลี่ย 1-3 ครั้งต่อเดือนในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา”
- “ทุกสัปดาห์ หมายถึง 1-4 ครั้งต่อสัปดาห์ในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา”
- “ทุกวันหรือเกือบทุกวัน หมายถึง 5-7 วันต่อสัปดาห์ในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา”
- “ไม่เคยเกิดขึ้นเลยในชีวิต”
- “เคยและเกิดขึ้นภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา”
- “เคย แต่เกิดขึ้นก่อนหน้า 3 เดือนนี้”

คำตอบ	รหัส บันทึก	แนวทางการรักษา	รหัส บันทึก
ไม่เคยดื่ม ตลอดชีวิตที่ผ่านมา	1B600	แสดงความชื่นชมที่ไม่ดื่ม และให้ความรู้อันตรายจากการดื่ม	
เคยดื่มแต่หยุดดื่มมาแล้ว 1 ปีขึ้นไป	1B601	แสดงความชื่นชมที่สามารถหยุดดื่มได้ และให้ความรู้อันตรายจากการดื่ม	
ดื่มในช่วง 3 เดือน แต่ไม่ระบุรายละเอียด	1B609	ให้ความรู้อันตรายจากการดื่ม	
คะแนน 0-10 ดื่มในระดับเสี่ยงต่ำ หมายถึง การดื่มในขณะนี้มีความเสี่ยงต่ำต่อการเกิดปัญหาจากการดื่มสุรา แต่ในอนาคตหากดื่มมากกว่านี้ มีโอกาสเพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาจากการดื่มสุราได้	1B602	การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice) 1. การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ 2. การให้ความรู้อันตรายจากการดื่ม 3. การกำหนดเป้าหมาย 4. ให้คำแนะนำการดื่มลดลง	1B610
คะแนน 11-26 ดื่มในระดับเสี่ยงปานกลาง หมายถึง มีความเสี่ยงปานกลางต่อสุขภาพและปัญหาอื่นๆ หรืออาจเริ่มมีปัญหาบางอย่างเกิดขึ้นแล้ว การดื่มสุราอย่างต่อเนื่องลักษณะเช่นนี้จะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพและปัญหาอื่นๆ เพิ่มขึ้นได้ในอนาคต รวมถึงเสี่ยงต่อการติดสุราได้ โดยเฉพาะในคนที่เคยมีปัญหา	1B603	การให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Counseling) 1. การให้คำแนะนำแบบสั้น สะท้อนข้อมูลปัญหาและผลกระทบจากการดื่ม แสดงความเป็นห่วง แนะนำถึงความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สร้างความตระหนัก 2. ประเมินแรงจูงใจ หรือความพร้อมในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับระดับแรงจูงใจ <ul style="list-style-type: none"> • ขั้นเฝ้าเฉยหรือไม่สนใจปัญหา: ให้ข้อมูลสะท้อนกลับถึงปัญหาการดื่มที่เกิดขึ้น ให้ข้อมูลอันตรายจากการดื่ม 	1B611



คำตอบ	รหัส บันทึก	แนวทางการรักษา	รหัส บันทึก
<p>จากการดื่มสุราหรือเคยติดสุรามาก่อน</p>		<ul style="list-style-type: none"> ● ชั้นล้างเลใจ: เน้นประโยชน์จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้ข้อมูลปัญหาจากการดื่มและความเสี่ยงหากปล่อยไว้ ชั่งน้ำหนักระหว่างข้อดีและข้อไม่ดีของการดื่ม ข้อดีและข้อไม่ดีของการหยุดดื่ม ● ชั้นตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม: ให้ทางเลือกเป้าหมาย ให้คำแนะนำ เสริมกำลังใจ ● ชั้นลงมือปรับเปลี่ยน: ทบทวนให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ ติดตามพฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ● ชั้นกระทำต่อเนื่อง: เสริมกำลังใจ ป้องกันการกลับสู่พฤติกรรมเดิม ● ชั้นย้อนกลับพฤติกรรมเดิม: ให้กำลังใจ ช่วยให้ตั้งหลักได้อีกครั้ง <p>3. ตั้งเป้าหมาย ในการลด ละ เลิก หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</p> <p>4. ติดตามต่อเนื่อง เพื่อติดตามพฤติกรรมการดื่มในทุกครั้งที่รับบริการสุขภาพ แก้ไขปัญหาอุปสรรค กำหนดวิธีการแก้ไขที่ชัดเจน</p>	
<p>คะแนนตั้งแต่ 27 ขึ้นไป</p> <p>ดื่มในระดับเสี่ยงสูง</p> <p>หมายถึง บ่งชี้ว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการติดสุราแล้ว หรือติดสุราแล้ว หรือกำลังประสบปัญหาสุขภาพ สังคม การเงิน กฎหมาย ที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา</p>	1B604	<p>ให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Counseling) และส่งต่อ (Refer)</p> <p>เพื่อรับการประเมินและบำบัดแบบเข้มข้นโดยผู้เชี่ยวชาญ</p>	1B612



แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินแรงจูงใจแบบขั้นบันได

คำชี้แจง : ในแต่ละขั้นบันไดจะหมายถึงความคิดเห็นของบุคคลที่ไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งเป็นความคิดเห็นที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง

โปรดวงกลมล้อมรอบหมายเลขหนึ่งหมายเลขที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านอย่างมากที่สุดในขณะนี้



ชื่อ.....อายุ.....ปี HN.....ตึก.....

วุดป.ที่ประเมิน.....



แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

หัวข้อ	อาการและอาการแสดง	วันที่	วันที่	วันที่
1	Somatic Concern (G) คุณรู้สึกว่าคุณป่วยเป็นโรคทางกายหรือไม่			
2	Anxiety (G) ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึกกังวลหรือกลัวอะไรบางอย่างไหม/ความคิดนี้รบกวนจิตใจบ่อยไหม/รู้สึกมีอาการใจสั่น เหงื่อออก/อาการที่บอกมีผลต่อการทำงานของคุณไหม			
3	Emotional Withdrawal (N) มีลักษณะแยกตัว ไม่ค่อยมีปฏิริยาโต้ตอบกับผู้อื่น ไม่แสดงอารมณ์ หน้าเฉยเมย			
4	Conceptual Disorganization (P) พูดไม่เป็นเรื่องราวขาดการเชื่อมโยง พูดอ้อมค้อม ไม่ค่อยต่อเนื่อง (ดูใน 15 นาทีแรก)			
5	Guilt Feeling (G) รู้สึกตำหนิตนเอง ในสิ่งที่ทำไม่ดี หรือเสียใจต่อสิ่งที่ทำในอดีตหรือไม่			
6	Tension (G) มองจากท่านั่งรู้สึกตึงเครียด ขณะพูดอาจมีการกระตุก เสียงสั่น			
7	Mannerism and Posturing (G) มีท่าทางและการเคลื่อนไหวไม่เป็นธรรมชาติ กังก้าง แข็ง ดูแปลกๆ			
8	Grandiosity (P) คุณรู้สึกมีความสามารถพิเศษบางอย่างหรือไม่/ที่ผ่านมาคิดว่าเป็นใครที่มีชื่อเสียงหรือไม่			
9	Depressive mood (G) คุณรู้สึกว่าคุณไม่มีความสุขหรือเศร้าไหม/รู้สึกเศร้าบ่อยแค่ไหน/สามารถเบนความสนใจไปเรื่องที่ทำให้มีความรู้สึกได้ไหม/ความรู้สึกรบกวนการทำงานของคุณไหม			
10	Hostility (P) ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึกหงุดหงิดหรืออารมณ์เสียบ่อยๆ เคยมีปัญหากกต่อยหรือทะเลาะกับคนอื่น/สัมพันธ์ภาพกับคนอื่น คนในครอบครัว เพื่อนร่วมงานเป็นอย่างไร			
11	Suspiciousness (P) คุณรู้สึกเหมือนกับมีคนคอยจับผิด มีคนคิดร้ายบ้างไหม/โดยวิธีใด/รู้สึกกังวลเกี่ยวกับการคิดร้ายของใครบางคนไหม			
12	Hallucinatory Behavior (P) คุณได้ยินเสียงหรือมีคนพูดด้วยหรือไม่เห็นตัวหรือไม่ คุณมองเห็นหรือได้กลิ่นอะไรบางอย่างโดยคนอื่นไม่รู้สึก/ประสบการณ์นี้ มีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันไหม			
13	Motor Retardation (G) การพูด การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (สังเกตพฤติกรรม)			
14	Uncooperativeness (G) มีท่าทีต่อต้าน ระมัดระวัง ไม่เป็นมิตรต่อผู้อื่นและผู้ตรวจ			



แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (ต่อ)

หัวข้อ	อาการและอาการแสดง	วันที่	วันที่	วันที่
อ				
15	Unusual Thought Content (G) ความคิดแปลก เช่น มีความเชื่อเรื่องพลังจิต วิญญูณ หากพบในข้อ Somatic Grandiosity Delusion จะพบในหัวข้อนี้ด้วย			
16	Blunted Affect (N) สีหน้าไม่ค่อยแสดงความรู้สึกอารมณ์			
17	Excitement (P) มีท่าทีลุกลี้ลุกลน มีปฏิกิริยาโต้ตอบเร็ว อยู่ไม่เป็นสุข			
18	Disorientation (G) ถ้าม วันที่ สถานที่ เวลา บุคคล			
	คะแนนรวม			
	ผู้บันทึก			
	ตำแหน่ง			

Rating Key

- 1 = ไม่มีอาการ
- 2 = มีเล็กน้อยเป็นบางครั้ง
- 3 = มีอาการเล็กน้อย
- 4 = อาการปานกลาง
- 5 = อาการค่อนข้างรุนแรง
- 6 = อาการรุนแรง
- 7 = อาการรุนแรงมาก

แปลผลได้ดังนี้

- ช่วงคะแนน ≤ 18 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการทางจิต
- ช่วงคะแนน 19-36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตระดับน้อย
- ช่วงคะแนน 37-136 คะแนน หมายถึง อาการทางจิตรุนแรง



แบบคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิด Wernicke encephalopathy

อาการ/สัญญาณเตือน	มีข้อใดข้อหนึ่ง หรือมากกว่าหนึ่งข้อ ดังข้อมูลต่อไปนี้
1. การขาดสารอาหาร	<ul style="list-style-type: none"> ○ มีภาวะทุพโภชนาการ (nutrition) BMI <18.5 ในผู้ป่วยที่ติดแอลกอฮอล์ ○ มีภาวะขาดไทอามีน
2. การเคลื่อนไหวของดวงตาความผิดปกติ	<ul style="list-style-type: none"> ○ พบวากล้ามเนื้อตาอ่อนแรง (Ophthalmoplegia) ○ พบตากระตุก/สั่น (Nystagmus) ○ พบว่าการกลอกตาเป็นอัมพาตชั่วคราว เมื่อผู้ป่วยต้องจ้องมอง (Gaze palsy)
3. ความผิดปกติซีรีเบลลัม (Cerebellar dysfunction)	<ul style="list-style-type: none"> ○ มีอาการเดินเซและเสียการทรงตัว จากภาวะกล้ามเนื้อสูญเสียการประสานสัมพันธ์กัน (Ataxia) ○ ตรวจ past pointing (ชี้นิ้ว/แต่นิ้ว) ○ ตรวจ Dysdiadokokinesia (หลังมือและฝ่ามือสลับไปมา) ○ ตรวจ Impaired heel-shin testing (ใช้สันเท้าแตะ หน้าแข้งลากยาวถึงปลายเท้า)
4. การเปลี่ยนแปลงของสภาพจิตใจ หรือ สูญเสียความทรงจำ	<ul style="list-style-type: none"> ○ Disorientation (หลงลืม วัน/เวลา/สถานที่ : 2 ใน 3) ○ Confused (สับสน) ○ ช่วงการนับตัวเลขผิดปกติ ○ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ○ ให้ทดสอบด้วยคำศัพท์ 4 รายการ (หากไม่สามารถจดจำคำศัพท์ 2 ใน 4 คำ) ผิดปกติ

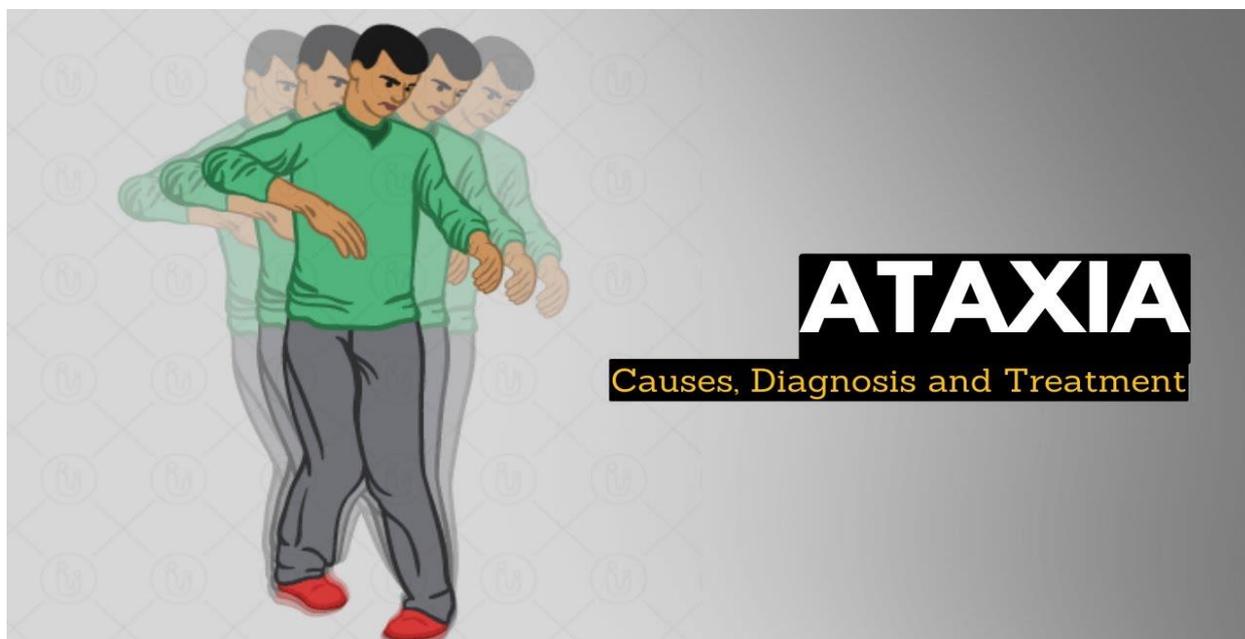
หมายเหตุ : เกณฑ์การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิด Wernicke encephalopathy หากพบ 2 ใน 4 ข้อ เข้าเกณฑ์เป็นกลุ่มเสี่ยง อ้างอิงจาก Caine et al, 2017

HN	Name			Doctor	
AN	Age	Sex	Dx	Ward	Page



ตัวอย่างการตรวจ Cerebellar dysfunction 4 วิธี

ตัวอย่าง 1 การตรวจ Ataxia



ตัวอย่าง 2 การตรวจ Dysdiadokokinesia



ตัวอย่าง 3 การตรวจ past pointing



ตัวอย่าง 4 การตรวจ Impaired heel-shin testing



แบบประเมิน Richmond Agitation–Sedation Scale

วัน เดือน ปี		เวลา								
		น.	น.	น.	น.	น.	น.	น.	น.	น.
+4	ต่อสู้ (Combative)									
+3	กระวนกระวายมาก (Very agitated)									
+2	กระวายน้อย (Agitated)									
+1	พักผ่อนไม่ได้ (Restless)									
0	ตื่นตัว สงบ (Alert and calm)									
-1	ง่วงซึม (Drowsy)									
-2	หลับตื้น (Light sedation)									
-3	หลับปานกลาง (Moderate sedation)									
-4	หลับลึก (Deep sedation)									
-5	ปลุกไม่ตื่น (Unarousable)									
ผู้ประเมิน										

Richmond Agitation–Sedation Scale		
คะแนน	ลักษณะ	คำอธิบาย
+4	ต่อสู้ (Combative)	ต่อสู้ มีความรุนแรง เป็นอันตรายต่อบุคลากรในทันทีทันใด
+3	กระวนกระวายมาก (Very agitated)	ดึงท่อ หรือสายสวนต่างๆ ก้าวร้าว
+2	กระวายน้อย (Agitated)	มีการเคลื่อนไหวอย่างมีเป้าหมายบ่อยครั้ง ด้านเครื่องช่วยหายใจ.0
+1	พักผ่อนไม่ได้ (Restless)	กระสับกระส่าย หวาดวิตก มีการเคลื่อนไหวที่ไม่ก้าวร้าวรุนแรง
0	ตื่นตัว สงบ (Alert and calm)	
-1	ง่วงซึม (Drowsy)	ปลุกตื่นด้วยเสียงเรียก แต่ตื่นไม่เต็มที่ และสบตาได้นาน ≥ 10 วินาที
-2	หลับตื้น (Light sedation)	ปลุกตื่นในช่วงสั้น และสบตาเมื่อเรียกได้ < 10 วินาที
-3	หลับปานกลาง (Moderate sedation)	มีการเคลื่อนไหว หรือลืมตาเมื่อเรียก (ไม่สบตา)
-4	หลับลึก (Deep sedation)	ไม่ตอบสนองต่อเสียง แต่มีการเคลื่อนไหว หรือลืมตาเมื่อกระตุ้นทางกาย
-5	ปลุกไม่ตื่น (Unarousable)	ไม่ตอบสนองต่อเสียง หรือการกระตุ้นทางกาย

*หมายเหตุ ให้ใช้เครื่องหมายถูกระบุลงในช่องเวลาที่ประเมิน

- คะแนน -2 Moderate sedation ต้อง Notify แพทย์
- การประเมิน ควรจะประเมินทุกครั้งตาม CIWA-Ar score

HN	Name			Doctor			
AN	Age	Sex	Dx	Ward		Page	



แบบทดสอบเพื่อป้องกันการสูดสำลัก

ลักษณะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด Aspiration Pneumonia

- เป็นผู้ป่วยตั้งแต่หลับตื้น (Light sedation) ขึ้นไป ปลุกตื่นในช่วงสั้น และสบตาเมื่อเรียกได้ < 10 วินาที หรือแบบประเมิน RASS ≥ -1
- เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาเกิดผลข้างเคียงจากยา น้ำลายมาก มีอาการเกร็ง ในตำแหน่ง ได้แก่ คอ คีรษะ ขากรรไกร ปาก
- เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะเพ้อสับสน เช่น กลุ่ม Acute confusion, Delirium หรือเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะถอนพิษแอลกอฮอล์
- เป็นผู้สูงอายุ หรือเป็นผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย หรือมีภาวะฟุ้งฟิง
- เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สมองเสื่อม อัลไซเมอร์ที่สูญเสียรีเฟล็กซ์การไอและการกลืน
- อื่นๆ (ระบุ)



การสังเกตและประเมินความ

วัน เดือน ปี ที่พบปัญหา.....เวลา...../เวลาที่ประเมิน

ลำดับ	ลักษณะอาการ	น.								
1	Assessment of daily condition มีระดับของความรู้สึกรู้ตัวดี/ Orientation ถ้ามวิน/ เวลา/สถานที่ ตอบได้									
2	มีความสามารถในการทำตามคำสั่ง/สื่อสารได้									
3	ความสามารถในการนั่งทรงตัว 75-90 องศา คอตั้ง ตรง นั่งได้ไม่ต่ำกว่า 30 นาที									
4	Dysphagia test ปิดปากได้สนิท สามารถเคลื่อนไหวลิ้นได้ตามคำสั่ง เช่น ยกลิ้นขึ้น-ลง ซ้าย ขวา เสียดริมฝีปาก									
5	กลืนน้ำลายได้									
6	ไอได้ตามคำบอก									
7	Water swallow test ทดสอบการกลืนน้ำปริมาณ 3-5 ซีซี โดยวางข้อ บนลิ้นแล้วให้ผู้ป่วยกลืนน้ำ ถ้าผ่านให้ทดสอบอีก 2 ครั้ง หากมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ต้องหยุดประเมินทันที									
8	สังเกตอาการไอ สำลัก เสียงเปลี่ยน หรือผู้ป่วยอม น้ำ/ข้าวไว้ ไม่ยอมกลืน หากมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ต้องหยุด ประเมินทันที									
9	มีไข้									
10	ไอ									
11	มีเสมหะ									
12	หายใจลำบาก หรือ Oxygen saturation \leq 95									
13	ซีมีลง									
ผู้ประเมิน										

ข้อแนะนำในการดูแลผู้ป่วย

1. ประเมินอาการและรายงานแพทย์เมื่อมีปัญหาการเคี้ยวกลืน
2. ประสานนักโภชนาการ และพิจารณาปรับเปลี่ยนอาหารตามแผนการรักษาของแพทย์
3. พลิกตะแคงตัว ทุก 2 ชั่วโมงและปรับเตียงให้ศีรษะสูง 30-45 องศา กรณีไม่มีข้อห้ามใดๆ
4. หลีกเลี่ยงการสนทนากับผู้ป่วยขณะป้อนน้ำหรืออาหาร
5. หากพบผู้ป่วยที่มีประวัติสำลักน้ำหรืออาหาร เริ่มมีไข้ ไอ มีเสมหะ หายใจลำบาก ซีมีลง ต้อง Notify แพทย์



หมายเหตุ ;

- 1.การประเมิน Assessment of daily condition ข้อที่ 1 – 3 หากไม่ผ่านเกณฑ์ 2 ใน 3 ข้อ ให้หยุดการป้อนอาหาร หรือพิจารณาให้อาหารทางสายยาง
- 2.การประเมินและทดสอบ Dysphagia test ข้อที่ 4 – 6 หากไม่ผ่านเกณฑ์ 2 ใน 3 ข้อ ให้หยุดการป้อนอาหารหรือพิจารณาให้อาหารทางสายยาง
- 3.การประเมิน Water swallow test ข้อที่ 7 – 8 หากพบมีอาการตามข้อใดข้อหนึ่ง ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์ ให้หยุดการป้อนอาหารหรือพิจารณาให้อาหารทางสายยาง
- 4.หากพบผู้ป่วยที่มีประวัติสำลักน้ำหรืออาหาร เริ่มมีไข้ ไอ มีเสมหะ หายใจลำบาก Oxygen saturation ≤ 95 ซึ่มีลง ต้อง Notify แพทย์



การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์แบบรุนแรง

เอกสารชุดนี้สำหรับการประเมินปัจจัยเสี่ยงของภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ แบบรุนแรงเพื่อสับสน

- 1. **ผู้ป่วยมีปัญหาติดแอลกอฮอล์และดื่มหนัก** มากกว่า 10 แก้วต่อวัน (ดื่มมาตรฐาน) คิดเป็นปริมาณเหล้าขาวครึ่งขวดต่อวัน และดื่มมานานมากกว่า 5 ปี จัดเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเกิดอาการขาดแอลกอฮอล์ (withdrawal) สูง
- 2. **ประวัติเคยมีอาการขาดแอลกอฮอล์** แบบเพ้อสับสน (delirium tremens) หรือชักมาก่อน
- 3. **อายุ** มากกว่า 60 ปี
- 4. **มีการใช้สารเสพติดอื่นๆ** รวมถึงยากล่อมประสาท หรือยานอนหลับอย่างต่อเนื่อง
- 5. **ชีพจรสูงเกิน 100 ครั้งต่อนาที**
- 6. **มีปัญหาโรคทางกายหรือได้รับบาดเจ็บร่วมด้วย**

การเฝ้าระวังและประเมินการเกิดภาวะต่างๆ ดังนี้

1. **ภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ (Withdrawal)** หลังหยุดดื่มหรือลดปริมาณการดื่ม ตั้งแต่ 6-24 ชม. ซึ่งจะเป็นมากที่สุด ใน 24-48 ชม. และ อาการดีขึ้นภายใน 5-7 วัน
2. **ภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรง (Delirium tremens)** ซึ่งจะรุนแรงใน 2-3 วันหลังหยุดดื่ม รุนแรงที่สุด 4-5 วันและอาการดีขึ้นภายใน 10 วัน
3. **อาการชัก (Rum fits)** เกิดได้ภายใน 12-48 ชม. หลังหยุดดื่ม และอาจชักซ้ำได้อีกในช่วง 12-24 ชม. หลังชักครั้งแรก



คณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์

ที่ปรึกษา

นพ.อาทิตย์	เลาสุอังกูร	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
พญ.กนกวรรณ	กิตติวัฒนากุล	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

บรรณาธิการ

นายณสมพล	หาญดี	นายแพทย์ชำนาญการ (ประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์)
----------	-------	---

คณะทำงาน

นางภาวิณี	สถาพรธีระ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (รองประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์)
นางสาวเอมหทัย	ศรีจันทร์หล้า	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางประคอง	นาโพทนัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวสุภาวดี	ดีการกระทำ	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ
นางสาวจิราภรณ์	ประดิษฐ์ด้วง	นักโภชนาการชำนาญการ
นายสุรชัย	เทียบกว้าง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางอรุณ	เวชพิชญธร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นายสุรียา	ศิริสุข	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางชนิษฐา	คำภาพงษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางบุปผา	รุ่งเรือง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางอาบบุญ	แดงวิบูลย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวยุพิน	สีกงพลี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวปัทมา	จักรโนวรรณ	นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการ
นายพีระยุทธ	สุขสบายเจริญ	นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติการ
นางนวลลักษณ์	เลาหพันธ์	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ
นางนงค์นุช	ชินวงษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นายวรวิทย์	ทองครไทย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นายปริญญา	ชะอินวงษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางนฤมล	วงษ์วานิช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวชนาภรณ์	บุตรบุรี	เภสัชกรปฏิบัติการ
นางสาวลิตานันท์	พวงสำลี	เภสัชกรปฏิบัติการ
นางธันนยาภรณ์	เจริญกิจตระกูล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางดาริน	โคตรสีวงษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



นายเปี่ยมศักดิ์	เหล่าพิเชียรพงษ์	นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ	
นางสาวนุจรินทร์	บัวละคร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	(เลขาช)
นางสุมาลี	ทองครไทย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	(ผู้ช่วยเลขาช)
นายภาณุรัตน์	ศรีมงคล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	(ผู้ช่วยเลขาช)
นางสาวทิพย์วดี	อาจพงษา	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	(ผู้ช่วยเลขาช)



