

บททวนองค์ความรู้
A Literature Review

การปฐมพยาบาลผู้มีปัญหา การดื่มสุรา

First Aids for People with Alcoholic Problems



โดย

พ.ญ.เบญจพร ปัญญาสง



สนับสนุนโดย

แผนงานการพัฒนาาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษา
ผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (พรส.)

การปฐมพยาบาล ผู้มีปัญหาการดื่มสุรา

First Aids for People with Alcoholic Problems



สนับสนุนโดย

แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ

และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.)

การทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง

การปฐมพยาบาลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา

Review of First Aids for People with Alcoholic Problems

เรียบเรียงโดย

แพทย์หญิงเบญจพร ปัญญาียง

ISBN : 978-616-11-0014-8

สนับสนุนโดย

แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.)

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์ เผยแพร่ และสงวนลิขสิทธิ์โดย

แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.)

ชั้น 2 อาคารจิตสันติ โรงพยาบาลสวนปรุง

เลขที่ 131 ถนนช้างหล่อ ตำบลหายยา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50100

โทรศัพท์ 0-5328-0228 ต่อ 236, 525 โทรสาร 0-5327-3201

www.i-mapthailand.org

พิมพ์ครั้งที่ 1 : กรกฎาคม 2552

จำนวน : 36 หน้า

จำนวนที่พิมพ์ : 500 เล่ม

ออกแบบ/พิมพ์ที่ : วนิตการพิมพ์

โทรศัพท์ 0-5311-0503-4, 08-1783-8569

ข้อมูลการค้นคว้า :

เบญจพร ปัญญาียง. การทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง การปฐมพยาบาลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา. เชียงใหม่:

แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.); 2552.

เอกสารนี้เผยแพร่เป็นเอกสารสาธารณะ ไม่อนุญาตให้จัดเก็บ ถ่ายทอด ไม่ว่าด้วยรูปแบบหรือวิธีการใดๆ เพื่อวัตถุประสงค์ทางการค้า หน่วยงานหรือบุคคลที่มีความสนใจ สามารถติดต่อขอรับการสนับสนุนเอกสารได้ที่แผนงาน ผรส.

โทรศัพท์ 0-5328-0228 ต่อ 236, 525 โทรสาร 0-5327-3201 หรือดาวน์โหลดข้อมูลได้ที่ www.i-mapthailand.org

คำนิยาม

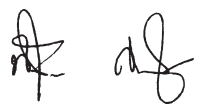
จากปัญหาการดื่มสุราที่มีจำนวนผู้ดื่มและปริมาณการดื่มที่เพิ่มขึ้นอย่างมากในประเทศ ทำให้เกิดปัญหาต่างๆ มากมาย ทั้งเป็นผลเสียต่อตัวผู้ดื่มเอง และผลกระทบต่อบุคคลและสังคมรอบข้าง เกิดการสูญเสียทั้งทางตรง และทางอ้อม อาทิ การเจ็บป่วย พิการทุพพลภาพ การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ต้นทุนจากค่ารักษาพยาบาล การสูญเสียประสิทธิภาพการทำงานที่ลดลง ทรัพย์สินและชีวิตเสียหายจากอุบัติเหตุจราจร การฟ้องร้องและการ บังคับใช้กฎหมาย ฯลฯ นอกจากนี้ยังสร้างปัญหาสังคมอื่นๆ ตามมาอีกด้วย ที่สำคัญผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา ส่วนใหญ่มักไม่ตระหนักถึงปัญหา ไม่ลดพฤติกรรมเสี่ยง และไม่แสวงหาความช่วยเหลือ ในขณะที่บุคคลรอบข้าง ญาติครอบครัวของผู้ได้รับผลกระทบเองก็ไม่ทราบวิธีการช่วยเหลือผู้มีปัญหาการดื่มสุรา

แผนงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สำนักสนับสนุนการสร้างสุขภาวะและลดปัจจัยเสี่ยงหลัก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้เล็งเห็นปัญหาดังกล่าว จึงได้จัดทำข้อตกลงดำเนินการ ร่วมกับกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ภายใต้โครงการ “แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการ บำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.)” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการลดความเสี่ยงต่อสุขภาพในผู้มีปัญหาการบริโภคสุราและบำบัดรักษาผู้ติดสุราที่เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย ในพื้นที่นำร่อง

ภายใต้ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการองค์ความรู้ การวิจัย และฐานข้อมูลเพื่อการพัฒนาการระบบ รูปแบบ และวิธีการลดความเสี่ยงต่อสุขภาพในผู้มีปัญหาการบริโภคสุราและบำบัดรักษาผู้ติดสุรา ได้จัดให้มีการทบทวน ความรู้ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้มีปัญหาการดื่มสุรา ญาติหรือครอบครัว ของผู้มีปัญหาการดื่มสุรา ตัวผู้ดื่มสุราเอง รวมไปถึงประชาชนทั่วไปและสังคม มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหา การดื่มสุรามากขึ้น และสามารถนำไปใช้ประโยชน์กับตัวเอง บุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลในสังคมได้

เอกสารทบทวนองค์ความรู้เรื่อง “การปฐมพยาบาลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา” ฉบับนี้ จัดทำโดยแพทย์หญิง เบญจพร ปัญญา ยง มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับ การปฐมพยาบาลและการช่วยเหลือเบื้องต้น สำหรับผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มสุรา แนวทางในการปฐมพยาบาลผู้เมาสุรา ผู้มีอาการขาดสุรา และ ผู้ติดสุรา รวมไปถึงวิธีการรักษาทางจิตสังคม และการบำบัดเพื่อให้เกิดวัฏจักรแห่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

แผนงาน ผรส. หวังว่าเอกสารวิชาการฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ประชาชนและสังคม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ลดความเสี่ยงต่อสุขภาพในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา



แพทย์หญิงพันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์

ผู้จัดการแผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการ
บำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณะที่ปรึกษาวิชาการแผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.) ดังรายนามต่อไปนี้ที่ให้คำปรึกษา วิพากษ์ และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อเอกสารวิชาการฉบับนี้

- นายแพทย์เกียรติภูมิ วงศ์รจิต
รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
- นายแพทย์สุวัฒน์ มหัตถ์วันรัตน์กุล
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง
- ศาสตราจารย์นายแพทย์มานิต ศรีสุวรรณนท์
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- รองศาสตราจารย์แพทย์หญิง ดร.สาวิตรี อึ้งนางค์กรชัย
หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- ศาสตราจารย์ ดร.ศิริพร จิรวัดมนกุล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- นายแพทย์ปริทรรศ ศิลปกิจ
รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง
- แพทย์หญิงพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์
ที่ปรึกษากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

สารบัญ

บทนำ	1
ผลกระทบด้านสุขภาพจากการดื่มสุรา	2
๖ ผลจากการดื่มสุรา	2
ปัญหาสุขภาพกายจากการดื่มสุรา	3
ผลกระทบอื่นๆ ของสุรา	3
โรคจิตเวชที่พบร่วม	4
ปัจจัยและความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มสุรา	5
เหตุผลในการปฐมพยาบาลด้านสุขภาพจิต	6
การช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มสุรา	7
๖ เป้าหมายของการปฐมพยาบาล	7
๖ หลักการการปฐมพยาบาลด้านจิตใจ	8
การปฐมพยาบาลผู้เมาสุรา	8
๖ ลักษณะอาการเมาสุรา	8
๖ (ก) หมดสติจากการดื่มสุรามากเกินไป	8
๖ (ข) เมื่อเสี่ยงต่อการทำร้ายผู้อื่น	10
๖ (ค) เมื่อเป็นอันตรายต่อตนเองหรือคิดฆ่าตัวตาย	10
๖ การช่วยเหลือผู้ที่คิดฆ่าตัวตาย	12
การปฐมพยาบาลผู้มีอาการถอนพิษสุรา	13
๖ ลักษณะอาการถอนพิษสุรา	13
๖ การช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ที่มีอาการถอนพิษสุรา	14
การปฐมพยาบาลผู้ติดสุรา	16
๖ การติดสุรา	16
๖ การปฐมพยาบาลด้านสุขภาพจิต	16
ผู้ติดสุราเรื้อรังนิรนาม หรือกลุ่ม AA (alcoholic anonymous)	23
ข้อเสนอแนะ:	24
เอกสารอ้างอิง	25

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

สุรา มีผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดื่ม เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคม และประเทศ การดื่มสุราในประเทศไทย มีปริมาณค่อนข้างสูง ทำให้ไทยถูกจัดอยู่ในอันดับที่ 5 ของประเทศที่บริโภคเหล้าเบียร์มากที่สุดในโลกในปี พ.ศ.2548 และจากการสำรวจปัญหาการใช้สุราในประเทศไทยในปี พ.ศ.2550 พบว่าประชาชนดื่มสุราร้อยละ 29.3 โดยผู้ชายดื่มมากกว่าผู้หญิง 6 เท่า และเป็นการดื่มแบบเสี่ยงร้อยละ 22.7 ดื่มแบบอันตรายร้อยละ 3.1 และดื่มแบบอันตรายมากหรืออาจมีภาวะเสพติดสุราร้อยละ 1.9 ในขณะที่การดื่มในเด็กและเยาวชนนั้นพบว่า นักเรียนชายเคยดื่มสุราร้อยละ 40.0 ดื่มครั้งแรกเมื่ออายุ 13 ปี และดื่มหนักใน 30 วันที่ผ่านมาร้อยละ 10.2 ส่วนนักเรียนหญิงเคยดื่มสุราร้อยละ 24.0 ดื่มครั้งแรกเมื่ออายุ 14 ปี และดื่มหนักใน 30 วันที่ผ่านมาร้อยละ 4.1 แม้อัตราการดื่มสุราจะลดลงจากร้อยละ 32.7 (ปี พ.ศ.2544) เป็นร้อยละ 29.3 (ปี พ.ศ.2550) แต่ก็ยังมีประชากรที่ดื่มสุราและผลกระทบต่อค่อนข้างสูง นอกจากนี้ประเทศไทยได้สูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดจากการบริโภคสุราทั้งทางตรงและทางอ้อมมีมูลค่ารวมถึง 156,105.4 ล้านบาทต่อปี และสุรายังมีผลกระทบต่อความรุนแรงในครอบครัวโดยพบว่าผู้ที่ดื่มสุรามีโอกาสเสี่ยงต่อการกระทำรุนแรงต่อสตรีมากกว่ากลุ่มที่ไม่ดื่ม โดยเฉพาะผู้ที่ดื่มมากกว่า 5 แก้วต่อครั้งและใช้สารเสพติดอื่นร่วมด้วย

การดื่มสุราเป็นอันตรายทั้งระยะสั้นและระยะยาว ทั้งปัญหาสุขภาพ เช่น การบาดเจ็บ (จากอุบัติเหตุ ทะเลาะวิวาท และอุบัติเหตุจราจร) การเจ็บป่วย (ปวดหัว แผลในกระเพาะ ตับอักเสบ ตับแข็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น) ปัญหาสุขภาพจิต (วิตกกังวล ซึมเศร้า) นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว และเพื่อนร่วมงาน เกิดปัญหาการทำงาน ปัญหาที่โรงเรียน และปัญหาเกี่ยวกับกฎหมายและมีพฤติกรรมเสี่ยง เป็นต้น นอกจากนี้การใช้สุราในทางที่ผิดและการติดสุรา มักพบร่วมในผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่น ตัวอย่างเช่น ผู้ติดสุราจะเสี่ยงต่อการเกิดโรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้า 2.1-4.8 เท่า และโรคจิต 6 เท่า ส่วนในกลุ่มวิตกกังวลนั้นพบว่าโรคแพนิค (panic disorder) โรคกลัวสังคม (social phobia) มีแนวโน้มใช้สุราในทางที่ผิดและติดสุราในเวลาต่อมา ผู้ที่ซึมเศร้าเมื่อดื่มหนักจะเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตายค่อนข้างสูง การดื่มหนักจะทำให้อาการซึมเศร้าและโรควิตกกังวลแย่ลง และการดื่มสุราจะทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีผลการรักษาไม่ดี

การปฐมพยาบาลด้านสุขภาพจิต เป็นการช่วยเหลือแก่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต หรืออยู่ในภาวะวิกฤตสุขภาพจิต ผู้ช่วยเหลือจะให้การปฐมพยาบาลจนกระทั่งได้รับการรักษาที่เหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญหรือจนกระทั่งภาวะวิกฤตดีขึ้น ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนพื้นฐาน คือ 1) ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือเป็นอันตรายต่อตนเองและหรือผู้อื่น 2) รับฟังอย่างไม่ตัดสิน 3) ให้ความมั่นใจและให้ข้อมูล 4) ให้กำลังใจกับบุคคลนั้น เพื่อให้ได้รับการช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ และ 5) กระตุ้นให้เกิดการช่วยเหลือตนเองและช่วยเหลือกันเอง ในการทบทวนนี้จะกล่าวเฉพาะการปฐมพยาบาลในกลุ่มที่เมาสุรา อาการขาดสุราและติดสุรา

การช่วยเหลือเบื้องต้น หรือการปฐมพยาบาลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราเป็นเรื่องใหม่ เรื่องนี้ได้เริ่มต้นในประเทศออสเตรเลีย และมีการเผยแพร่ไปยังหลายประเทศ เช่น ฟินแลนด์ สิงคโปร์ เวียดนาม อังกฤษ เป็นต้น ส่วนในประเทศไทยนั้น ได้เริ่มมีการอบรมเรื่องการปฐมพยาบาลด้านสุขภาพจิต แต่ยังไม่ได้เริ่มทดลองใช้ ดังนั้น เพื่อเป็นแนวทางการช่วยเหลือเบื้องต้นในผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย อาจจำเป็นต้องสำรวจความต้องการในเรื่องนี้ และพัฒนาคู่มือการปฐมพยาบาลด้านสุขภาพจิตในรูปแบบ Delphi study

บทนำ

สุรา เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ที่มีผลต่อสุขภาพกาย ใจ สังคมของผู้ดื่ม และยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคม และประเทศ จากการศึกษาพบว่า ในปี พ.ศ.2549 ประเทศไทยได้สูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดจากการบริโภคสุรามีมูลค่ารวมถึง 156,105.4 ล้านบาทต่อปี จากต้นทุนจากค่ารักษาพยาบาล การฟ้องร้อง การบังคับใช้กฎหมาย ทรัพย์สินเสียหายจากอุบัติเหตุจราจร รวมไปถึงต้นทุนทางอ้อม เช่น การสูญเสียผลผลิตจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และสูญเสียประสิทธิภาพในการทำงานที่ลดลง นอกจากนี้การดื่มสุรายังมีผลกระทบต่อความรุนแรงในครอบครัว โดยพบว่ากลุ่มที่สามีดื่มสุราฝ่ายเดียว และกลุ่มที่ทั้งสามีภรรยาดื่มทั้งคู่มีโอกาสเสี่ยงต่อการกระทำรุนแรงต่อสตรีเป็น 4.3 และ 8.6 เท่า (ตามลำดับ) มากกว่ากลุ่มที่สามีภรรยาที่ไม่ดื่มทั้งคู่ โดยเฉพาะผู้ที่ดื่มมากกว่า 5 แก้ว* ต่อครั้งหรือใช้สารเสพติดอื่นขณะดื่ม (1)

การดื่มสุราในประเทศไทยมีปริมาณค่อนข้างสูง ทำให้ไทยถูกจัดอยู่ในอันดับที่ 5 ของประเทศที่มีการบริโภคเหล้าเบียร์มากที่สุดในโลกในปี 2548 (2) จากรายงานการสำรวจปัญหาการใช้สุราในประเทศไทย เมื่อไม่นานมานี้ มี 3 การศึกษาที่สำคัญ โดยการศึกษาแรกเป็นการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ.2550 (3, 4) เกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราโดยสำรวจประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 51.2 ล้านคน พบว่ามีผู้ดื่มสุราร้อยละ 29.3 (ผู้ชายร้อยละ 51.0 และผู้หญิงร้อยละ 8.8) เริ่มดื่มที่อายุเฉลี่ย 20.5 ปี ผู้ชายดื่มมากกว่าผู้หญิง 6 เท่า และการดื่มสุรามีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 32.7 ในปี พ.ศ.2544 เป็นร้อยละ 29.3 ในปี พ.ศ.2550 การศึกษาที่สองเป็นการสำรวจเพื่อประมาณการจำนวนผู้เกี่ยวข้องกับสุราและสารเสพติด (5) โดยสำรวจประชากรในครัวเรือนทั่วประเทศที่อายุ 12-65 ปีด้วยแบบสอบถาม Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) พบว่ามีผู้ดื่มแบบเสี่ยง (hazardous drinker) ร้อยละ 22.7 ผู้ดื่มแบบอันตราย (harmful drinker) ร้อยละ 3.1 และผู้ดื่มแบบอันตรายมากหรืออาจมีภาวะเสพติดสุรา (alcohol dependence) ร้อยละ 1.9 และการศึกษาสุดท้ายเป็นการเฝ้าระวังพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มสุราและพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา (6) โดยสำรวจนักเรียนทั่วประเทศรวมทั้งกรุงเทพมหานครในปีการศึกษา 2550 จำนวน 50,033 คน พบนักเรียนชายเคยดื่มสุราร้อยละ 40 นักเรียนหญิงเคยดื่มสุราร้อยละ 24 นักเรียนที่ดื่มหนักใน 30 วันที่ผ่านมา (≥ 5 แก้ว* ต่อครั้ง) เป็นนักเรียนชายร้อยละ 10.2 และเป็นนักเรียนหญิงร้อยละ 4.1 และนักเรียนชายเริ่มดื่มครั้งแรกเมื่ออายุ 13 ปี ส่วนนักเรียนหญิงเริ่มดื่มครั้งแรกเมื่ออายุ 14 ปี

อย่างไรก็ตาม แม้แนวโน้มการดื่มสุราจะลดลง แต่ก็ยังมีประชากรที่ดื่มสุราจำนวนมาก โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและผลกระทบยังคงสูงมาก

* แก้ว หมายถึง ดื่มมาตรฐาน (standard drink)



ผลกระทบด้านสุขภาพจากการดื่มสุรา

ผลของการดื่มสุราจะแตกต่างกันในแต่ละคน (ขึ้นกับสุขภาพ อายุ อาหาร ยาตัวอื่น) งานวิจัยด้านสุขภาพและการแพทย์แนะนำให้หยุดดื่มอย่างน้อย 2 วันต่อสัปดาห์ สำหรับผู้ชายแนะนำให้ดื่มไม่เกิน 4 แก้ว* ต่อวัน สำหรับผู้หญิง แนะนำให้ดื่มไม่เกิน 2 แก้ว* ต่อวัน เนื่องจากร่างกายของผู้หญิงจะย่อยสลายแอลกอฮอล์ช้ากว่าผู้ชาย ตารางที่ 1 แสดงความเสี่ยงด้านสุขภาพกับปริมาณการดื่มสุราจำแนกตามเพศ (7)

ตารางที่ 1 แสดงระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพกับปริมาณการดื่มสุรา จำแนกตามเพศ

ระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพ	ผู้ชาย	ผู้หญิง
อันตรายในระยะยาว		
เสี่ยงระดับต่ำ	เบียร์ 4 กระป๋อง หรือสุรา 4 เป๊ก ต่อวัน หรือเบียร์ไม่เกิน 28 กระป๋อง หรือสุราไม่เกิน 28 เป๊ก ต่อสัปดาห์	เบียร์ 2 กระป๋อง หรือสุรา 2 เป๊ก ต่อวัน หรือเบียร์ไม่เกิน 14 กระป๋อง หรือสุราไม่เกิน 14 เป๊ก ต่อสัปดาห์
ค่อนข้างเสี่ยง	เบียร์ 5-6 กระป๋อง หรือสุรา 5-6 เป๊ก ต่อวัน หรือเบียร์ 29-42 กระป๋อง ต่อสัปดาห์	เบียร์ 3-4 กระป๋อง หรือสุรา 3-4 เป๊กต่อวัน หรือเบียร์ 15-28 กระป๋อง ต่อสัปดาห์
เสี่ยงสูง	เบียร์ 7 กระป๋อง หรือสุรา 7 เป๊ก ต่อวัน หรือเบียร์ 43 กระป๋อง หรือมากกว่าต่อสัปดาห์	เบียร์ 5 กระป๋อง หรือสุรา 5 เป๊ก ต่อวัน หรือเบียร์ 29 กระป๋อง หรือมากกว่าต่อสัปดาห์
อันตรายในระยะสั้น		
เสี่ยงระดับต่ำ	เบียร์ 6 กระป๋อง หรือสุรา 6 เป๊ก ต่อวัน หรือไม่เกิน 3 วัน ต่อสัปดาห์	เบียร์ 4 กระป๋อง หรือสุรา 4 เป๊ก ต่อวัน หรือไม่เกิน 3 วัน ต่อสัปดาห์
ค่อนข้างเสี่ยง	เบียร์ 7-10 กระป๋อง หรือสุรา 7-10 เป๊ก ต่อวัน	เบียร์ 5-6 กระป๋อง หรือสุรา 5-6 เป๊ก ต่อวัน
เสี่ยงสูง	เบียร์ 11 กระป๋อง หรือมากกว่าต่อวัน หรือสุรา 11 เป๊ก หรือมากกว่าต่อวัน	เบียร์ 7 กระป๋อง หรือมากกว่าต่อวัน หรือสุรา 7 เป๊ก หรือมากกว่าต่อวัน

ผลจากการดื่มสุรา

การดื่มสุราทำให้ผู้ดื่มไม่ตื่นตัว สมาธิและการประสานงานของกล้ามเนื้อบกพร่อง แอลกอฮอล์ในปริมาณน้อยๆ จะทำให้รู้สึกผ่อนคลายและความยับยั้งชั่งใจลดลง ผู้ดื่มจะมั่นใจมากขึ้นและกล้าแสดงออก อย่างไรก็ดีตาม แอลกอฮอล์ในปริมาณที่มากขึ้น จะทำให้บุคคลนั้นมีแนวโน้มก้าวร้าวและมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม มีความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายมากขึ้น

* แก้ว หมายถึง ดื่มมาตรฐาน (standard drink)

ปัญหาสุขภาพกายจากการดื่มสุรา (7, 8, 9, 10)

Relm และคณะ ทบทวนงานวิจัย พบว่าแบบแผนและปริมาณการดื่ม มีอิทธิพลต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคหลอดเลือดในสมอง หรือเบาหวาน และมีงานวิจัยมากมายที่ได้ศึกษาผลกระทบระยะยาวของสุราที่มีต่อปัญหาสุขภาพทางกายและการบาดเจ็บ ได้แก่

หัวใจ ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ หัวใจโต กล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลาย หัวใจวาย

สมอง ความจำเสื่อม สับสน การวางแผนและจัดระเบียบไม่ดี ประสาทหลอน ชัก ความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่บกพร่อง การทรงตัวไม่ดี

ตับ การทำงานของตับบกพร่อง บวมและปวด ตับอักเสบ ตับแข็ง มะเร็งตับ

กล้ามเนื้อ อ่อนแรง สูญเสียกล้ามเนื้อ

ตับอ่อน อักเสบ มีเลือดออก

ปอด ติดเชื้อ ปอดบวม

กระเพาะอาหารและลำไส้ กระเพาะอักเสบและเป็นแผล มีเลือดออก

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ ผู้ชาย เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ อันตะเล็ดลง ผู้หญิง ขาดประจำเดือน ไข่ไม่ตก ผลกระทบต่อเด็กทารกในครรภ์

ผิวหนัง หน้าแดง เหงื่อออก มีจ้ำเลือด

ระบบประสาท สูญเสียประสาทรับรู้ รู้สึกคล้ายเข็มแทงที่มือและเท้า เป็นผลจากการทำลายระบบประสาท

ทักษะกล้ามเนื้อ การใช้มือ (ความสัมพันธ์ของกล้ามเนื้อบกพร่อง) โดยเฉพาะตอนใช้เครื่องมือ หรือขณะขับขี่ยานยนต์

บุคลิกภาพ แอลกอฮอล์เป็นสารกดระบบประสาท ไม่ใช่สารกระตุ้นอย่างที่คนทั่วไปเข้าใจ ถ้าบุคคลนั้นมีความสุข ก็ารู้สึกผ่อนคลาย รู้สึกมั่นใจและกล้าแสดงออก ถ้าบุคคลนั้นเศร้า ก็ารู้สึกหดหู่ใจมากขึ้น

ผลกระทบอื่นๆ ของสุรา

ผู้ที่ติดสุราหรือปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มสุรา จะมีผลกระทบต่อครอบครัว สังคม การทำหน้าที่และหรือปัญหาเกี่ยวกับกฎหมาย (11, 12) (ดังตารางที่ 2)



ตารางที่ 2 แสดงผลกระทบต่อครอบครัว สังคมและกฎหมายจากการดื่มสุรา

โรงเรียน/ที่ทำงาน	ครอบครัว	สังคม	กฎหมาย
ขาดประสิทธิภาพในการเรียน	ทะเลาะเบาะแว้งบ่อย	เหินห่างจากเพื่อนฝูง	ไม่ทำตามกฎกติกา
ขาดประสิทธิภาพในการทำงาน	ขาดความรับผิดชอบ	แยกตัวจากสังคม	ขับรถขณะเมา
ผลการเรียนตกต่ำ	ความรุนแรงในครอบครัว	ประพฤติตัวไม่เหมาะสม	ขโมย/ทำผิดกฎหมาย
ขาดเรียน/ขาดงาน	หายจากบ้านนาน	ไม่ทำตามกติกาสังคม	อยู่ในกลุ่มทำผิดกฎหมาย
อุบัติเหตุในโรงเรียน/ที่ทำงาน	ถูกรังเกียจ	สูญเสียฐานะทางสังคม	ถูกจับ/ขึ้นศาล
ถูกพักการเรียน/พักงาน		หยิบยืมเงินทองบ่อยๆ	ถูกจำคุก
		ไม่คืนเงินที่ยืมเสมอๆ	ถูกตัดสินว่ามีความผิด
		ได้เถียง ทะเลาะ ขโมย	

ปรับจาก : องค์การอนามัยโลก

โรคจิตเวชที่พบบ่อย

การดื่มสุราแบบมีปัญห (alcohol abuse) และการติดสุรา (alcohol dependence) มักพบร่วมในผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่น Kessler RC และคณะ (13) ได้ศึกษาเชิงระบาดวิทยาในประชากรทั่วไป อายุ 15 - 54 ปี ในสหรัฐอเมริกาพบว่ากลุ่มที่ดื่มแบบมีปัญห (alcohol abuse) พบโรคจิตเวชร่วม ได้แก่ โรคซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 11.3 โรคไบโพลาร์ร้อยละ 0.3 โรควิตกกังวลร้อยละ 29.1 ส่วนกลุ่มที่เป็นโรคติดสุรา (alcohol dependence) พบโรคจิตเวชร่วม ได้แก่ โรคซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 27.9 โรคไบโพลาร์ร้อยละ 1.9 โรควิตกกังวลร้อยละ 36.9 (ดูตารางที่ 3) Zimmerman และคณะ (14) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยวิตกกังวล พบว่า โรคแพนิก (panic disorder) และโรคกลัวสังคม (social phobia) มีแนวโน้มดื่มสุราแบบมีปัญห และติดสุราในเวลาต่อมา โดยพบว่าบุคคลที่กลัวสังคม มักจะดื่มสุราเพื่อลดความกังวลเมื่อเข้าสังคม (15) คนที่ติดสุราจะเสี่ยงต่อการเกิดโรควิตกกังวล และโรคซึมเศร้า 2.1-4.8 เท่า (16) และเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิต 6 เท่า (17) งานวิจัยพบว่า ในผู้หญิงส่วนมากมีความผิดปกติทางจิตเวชนำมาก่อนปัญหาการดื่มสุรา แต่ในผู้ชายความผิดปกติทางจิตเวชมักเกิดตามหลังปัญหาการดื่มสุรา (18) นอกจากนี้ยังพบว่าคู่สมรสของผู้ติดสุรา มีโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 85.4 (19) อย่างไรก็ตาม การตรวจหาโรคจิตเวชร่วมจะต้องกระทำหลังจากผู้ป่วยติดสุราหยุดดื่มสุราได้นานพอสมควร

ดังนั้นสภาพวิสัยทางด้านสุขภาพและการแพทย์ แนะนำผู้ป่วยจิตเวชให้ความใส่ใจประเด็นการดื่มสุรา และอาจจำเป็นต้องหยุดดื่ม หากไม่สามารถควบคุมการดื่มหรืออาการทางจิตยังคงอยู่

ผู้ป่วยซึมเศร้าที่ดื่มหนักมักจะเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายค่อนข้างสูง (7) การดื่มหนักจะทำให้อาการซึมเศร้าและโรคจิตกังวลแย่ลง ขณะดื่มสุราอาจช่วยลดความกังวลช่วงสั้นๆ ได้บ้าง แต่จะทำให้กังวลหรือซึมเศร้ามักอยู่เป็นระยะเวลานานโดยเฉพาะในผู้ที่ดื่มหนัก นอกจากนี้การดื่มสุราจะทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีผลการรักษาไม่ดี (7) ผู้ป่วยซึมเศร้าจะตอบสนองต่อการรักษาภาวะซึมเศร้าน้อยลงและมีโอกาสฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองสูงขึ้น (20, 21)

ตารางที่ 3 แสดงโรคจิตเวชร่วมกับปัญหาการดื่มสุรา

โรคจิตเวชที่พบร่วม	กลุ่มดื่มแบบมีปัญหา		กลุ่มติดสุรา	
	อัตราเกิดโรค ใน 1 ปี (ร้อยละ)	Odd ratio	อัตราเกิดโรค ใน 1 ปี (ร้อยละ)	Odd ratio
mood disorders	12.3	1.1	29.2	3.6*
- major depressive disorder	11.3	1.1	27.9	3.9*
- bipolar disorder	0.3	0.7	1.9	6.3*
anxiety disorders	29.1	1.7	36.9	2.6*
- general anxiety disorder	1.4	0.4	11.6	4.6*
- panic disorder	1.3	0.5	3.9	1.7
- posttraumatic disorder	5.6	1.5	7.7	2.2*

Kessler RC และคณะ, 1996; *มีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยและความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มสุรา

ความผิดปกติของการดื่มสุรา ไม่ได้เกิดจากปัจจัยเสี่ยงเพียงปัจจัยหนึ่งปัจจัยใด แต่เกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน (7) ดังต่อไปนี้

การจำหน่ายสุราและการยอมรับในสังคม ในที่มีสุราจำหน่ายและเป็นที่ยอมรับของสังคม ความผิดปกติของการดื่มสุราจะเกิดขึ้นได้มาก อาจไม่ใช่สังคมทุกภาคส่วนแต่อาจเป็นเฉพาะกลุ่มในสังคม

ปัจจัยสังคม คนบางกลุ่มมีแนวโน้มเกิดความผิดปกติของการดื่มสุรา เช่น ผู้ชายผู้ที่มีการศึกษาน้อย รายได้ต่ำ หย่าร้างหรือแยกทางกัน หรือมีหน้าที่การงานบางอย่าง (พนักงานขาย พนักงานต้อนรับ ทำงานบาร์ ก่อสร้าง คนงานเหมือง) นอกจากนี้ยังมีการดื่มตามสังคม เช่น การดื่มในงานประเพณีหรือเทศกาล การดื่มเพื่อการสมาคมและสังสรรค์นี้มีมากขึ้นตามการเติบโตของภาวะเศรษฐกิจหรือผู้หญิงที่ดื่มด้วยความเชื่อว่าเป็นยา หลายคนได้ดื่มมากขึ้นจนติดเป็นนิสัยได้ (22)



ปัจจัยทางกรรมพันธุ์ บุคคลที่พ่อแม่มีความผิดปกติของการดื่มสุรามีโอกาสเกิดปัญหานี้สูง (23) แม้ว่าจะเลี้ยงดูหรือเป็นบุตรบุญธรรมของผู้ที่ไม่มีความผิดปกติของการดื่มสุราก็ตาม การศึกษาพบว่า ยีน le gene coding ของ D2 receptor เกี่ยวข้องกับโรคติดสุราเรื้อรัง และ dopamine transportation gene เกี่ยวข้องกับกระบวนการขาดสุรา (24)

การแพ้แอลกอฮอล์ บางคนโดยสรีระวิทยาทางร่างกายจะทนต่อแอลกอฮอล์ได้ดีกว่าจะดื่มสุราได้มากกว่าและจะมีความผิดปกติจากการดื่มสุราได้มาก

การเรียนรู้ คนเราจะเรียนรู้นิสัยการดื่มอย่างหนักได้ คิดว่าการดื่มทำให้มีความสุขและลดความเครียด

ปัญหาสุขภาพจิตอื่น ผู้ที่ทนทุกข์จากโรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล หรือโรคจิต อาจดื่มสุราเพื่อรักษาปัญหาสุขภาพจิตของตนเอง (20)

เหตุผลในการปรุมพยาบาลด้านสุขภาพจิต

ผู้ติดสุรามักไม่ตระหนักว่าตนเองมีข้อบกพร่อง และไม่แสวงหาการช่วยเหลือ (25) ผู้ที่ดื่มหนักหรือดื่มหนักเป็นครั้งคราว (มากกว่า 5 แก้ว* ต่อครั้ง) จะมีคุณภาพชีวิตลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับประชาชนทั่วไป หรือผู้ป่วยทางกายเรื้อรัง แต่เมื่อได้รับการรักษาผู้ที่ติดสุราจะมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สำหรับผู้ที่ดื่มแบบเสี่ยงหรือผู้ที่ดื่มแบบอันตรายสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตได้ และสามารถลดการดื่ม แม้ไม่ได้หยุดดื่มก็ตาม (26)

มีเหตุผลหลายประการในการช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มสุรา (27) ดังนี้

๘ **ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่พบบ่อย** โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล หรือการดื่มสุราและใช้สารเสพติด ซึ่งตลอดช่วงชีวิตคนเรานั้นอาจประสบกับปัญหาสุขภาพจิตด้วยตนเอง หรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่มีปัญหา

๘ **อคติกับปัญหาสุขภาพจิต** อาจส่งผลให้บุคคลปกปิดปัญหาและไม่กล้าขอรับความช่วยเหลือ บุคคลมักจะอายที่จะพูดคุยปัญหากับครอบครัว เพื่อนหรือผู้ร่วมงาน บางครั้งอาจลังเลใจที่จะมาพบผู้เชี่ยวชาญ

๘ **หลายคนไม่ได้รับข้อมูลที่ต้องการ** เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตและการรักษาที่ได้ผล บุคคลเหล่านี้อาจไม่ไปขอความช่วยเหลือหรืออาจหาความช่วยเหลือที่ไม่ถูกต้อง ถ้าหากชุมชนเข้าใจและให้การยอมรับปัญหาสุขภาพจิต ประชาชนก็จะตระหนักถึงปัญหาและรู้สึกสะดวกใจที่จะไปพบแพทย์หรือทีมสุขภาพจิต

* แก้ว หมายถึง ดื่มมาตรฐาน (standard drink)

๖ **ผู้เชี่ยวชาญ** (แพทย์ทั่วไป ผู้ให้การปรึกษา นักจิตวิทยา จิตแพทย์) สามารถจะช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต อย่างไรก็ตามปัญหาการดื่มสุราที่พบร่วมกับอุบัติเหตุหรือในแผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน อาจไม่มีผู้เชี่ยวชาญในขณะนั้น แต่บุคลากรสุขภาพสามารถให้การปฐมพยาบาลให้การช่วยเหลือเบื้องต้น และแนะนำให้พบผู้เชี่ยวชาญต่อไป

๖ **ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตนั้น** อาจเหมือนกับมีเมฆหมอกกำบัง ทำให้ไม่สามารถคิดหรือตัดสินใจได้อย่างชัดเจน บางคนอาจไม่ตระหนักถึงความต้องการการช่วยเหลือทั้งที่รู้ว่าการช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพอยู่

๖ **เมื่อประสบกับเหตุการณ์ บุคลากรสุขภาพอาจไม่รู้วิธีตอบสนอง** จนกระทั่งได้รับการอบรมการปฐมพยาบาลด้านสุขภาพจิต บุคลากรสุขภาพอาจต้องการให้ความช่วยเหลือแต่ลังเลใจเกรงว่าจะผิดพลาดหรืออาจจะทำอะไรที่ทำให้ปัญหาของบุคคลนั้นทรุดลง เพราะไม่ทราบวิธีการที่ถูกต้อง เช่น ไม่จำเป็นต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง ขณะเดียวกันในภาวะวิกฤตสุขภาพจิต ผู้ช่วยเหลือจะต้องมีท่าทีสงบนิ่ง มีความมั่นใจในการช่วยเหลือและตอบสนองด้วยวิธีที่ถูกต้องเพื่อการช่วยเหลือที่ดีที่สุด

การช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มสุรา

การปฐมพยาบาล (28) หมายถึง การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ ผู้เจ็บป่วยก่อนได้รับการรักษาทางการแพทย์

เป้าหมายของการปฐมพยาบาล คือ

1. ช่วยชีวิต
2. ป้องกันไม่ให้เกิดการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยแย่ลง
3. ส่งเสริมการหายใจและการฟื้นตัว
4. ให้ความสะดวกสบายแก่ผู้บาดเจ็บหรือผู้เจ็บป่วย

การปฐมพยาบาลด้านสุขภาพจิต (27) เป็นการช่วยเหลือแก่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรืออยู่ในภาวะวิกฤตสุขภาพจิต จะให้การปฐมพยาบาลจนกระทั่งได้รับการรักษาที่เหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญหรือจนกระทั่งภาวะวิกฤตดีขึ้น

เป้าหมายของการปฐมพยาบาลด้านสุขภาพจิต คือ

1. ช่วยชีวิตในขณะที่บุคคลนั้นจะเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น
2. ให้การช่วยเหลือเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตนั้นแย่ลงถึงขั้นรุนแรง
3. ส่งเสริมการฟื้นตัวให้มีสุขภาพจิตที่ดี
4. ให้ความสะดวกแก่บุคคลที่เจ็บป่วยทางจิต



หลักการการปฐมพยาบาลด้านจิตใจ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนพื้นฐาน ดังนี้

- ขั้นตอนที่ 1 ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือเป็นอันตรายต่อตนเองและหรือผู้อื่น
- ขั้นตอนที่ 2 รับฟังอย่างไม่ตัดสิน
- ขั้นตอนที่ 3 ให้ความมั่นใจและให้ข้อมูล
- ขั้นตอนที่ 4 ให้กำลังใจกับบุคคลนั้นเพื่อให้ได้รับการช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ
- ขั้นตอนที่ 5 กระตุ้นให้เกิดการช่วยเหลือตนเองและช่วยเหลือกันเอง

ในภาวะวิกฤตสุขภาพจิต ผู้ให้การปฐมพยาบาลจะต้องตรวจสอบว่าผู้ป่วยมีอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นหรือไม่ แต่ในขณะเดียวกันการรับฟังก็เป็นขั้นตอนที่สำคัญมากขึ้นตอนหนึ่ง คนส่วนมากที่มีความคิดและรู้สึกไม่สบายใจมักต้องการผู้รับฟังอย่างเห็นใจก่อนที่จะบอกว่าอะไรที่ช่วยเหลือพวกเขาได้ สุราก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตหลายประการ แต่ในที่นี้จะกล่าวเฉพาะการเมาสุรา อาการขาดสุรา และการติดสุรา ที่จำเป็นต้องให้การช่วยเหลือโดยการปฐมพยาบาลทั้งกายและใจ

การปฐมพยาบาลผู้เมาสุรา

ลักษณะอาการเมาสุรา (alcohol intoxication)

ขณะดื่มหรือภายหลังการดื่มสุราไม่นาน บุคคลนั้นมีพฤติกรรมหรือสภาพจิตเปลี่ยนแปลงไป ได้แก่ ก้าวร้าว อารมณ์แปรปรวน การตัดสินใจไม่ดี บกพร่องทางสังคมและการทำพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม มีอาการแสดงออก เช่น พูดอ้อแอ้ลิ้นคับปาก (slurred speech) มือสั่นมากขึ้น เดินเซ เดินไม่ตรงทาง ลูกตาแกว่ง (nystagmus) ไม่มีสมาธิ จำเหตุการณ์ที่ผ่านมาไม่ได้ (blackout) ระดับความรู้สึกตัวลดลง (stupor) ชัก (grand mal seizure) ได้ (29)

คนเมาสุราบางรายอาจมีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นอันตรายต่อผู้อื่น หรืออาจเมาจนหมดสติ หรือชักได้ ซึ่งต้องการการช่วยเหลืออย่างรีบด่วน แนวทางการช่วยเหลือ มีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือเป็นอันตรายต่อตนเองและหรือผู้อื่น

(ก) หมดสติจากการดื่มสุรามากเกินไป

ถ้าบุคคลนั้นเมาจนหมดสติ หรือหมดสติโดยสาเหตุอื่น เช่น บาดเจ็บศีรษะ ชัก โรคเบาหวาน เส้นเลือดในสมองแตก เป็นต้น ผู้ที่หมดสติจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือทางการแพทย์ทันที ผู้ที่หมดสติอาจจะมีลักษณะอาการซึม มึนงง เขย่าตัวอาจจ้วเงยตื่นแล้วหลับต่อ พูดโต้ตอบได้บ้าง แต่ฟังไม่ได้ศัพท์ หรือมีลักษณะอาการหมดความรู้สึกทุกอย่าง แม้แต่เขย่าตัวก็ไม่ฟื้น ซึ่งการหมดสติ แบ่งได้ 2 ประเภท คือ การหมดสติพร้อมกับมีอาการหายใจลำบาก หรือ



อาจหยุดหายใจ และหมดสติ แต่ยังมีการหายใจ ดังนั้นการปฐมพยาบาลผู้ที่หมดสติอย่างถูกต้อง รวดเร็ว จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง มิฉะนั้นอาจเกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ (27)

การปฐมพยาบาล (30)

1. ให้ตรวจดูว่าผู้ที่หมดสติยังหายใจอยู่หรือไม่ ถ้าไม่หายใจ ให้เปิดทางเดินหายใจให้โล่ง โดยยกคางหน้าผากลงและยกคางให้เงยหน้าขึ้น และถ้ายังไม่หายใจให้ช่วยหายใจ โดยผู้ช่วยเหลือเป่าลมหายใจออกเข้าไปในปอดของผู้ที่หมดสติ และช่วยฟื้นคืนชีพ โดยการนวดหัวใจ ถ้ามีหัวใจหยุดเต้น



2. ตรวจร่างกายผู้ที่หมดสติอย่างรวดเร็ว และสำรวจให้ทั่วว่ามีการบาดเจ็บหรือมีภาวะอื่นร่วมด้วยหรือไม่ ถ้ามีบาดแผลและมีเลือดออก หรือมีกระดูกหัก ให้ทำการห้ามเลือด และช่วยประคองให้ส่วนที่บาดเจ็บอยู่กับที่ ต้องระมัดระวัง หากต้องเคลื่อนไหว

3. ถ้าผู้ที่หมดสติ เริ่มอาเจียน จัดให้นอนตะแคงศีรษะไปด้านใดด้านหนึ่งเพื่อป้องกันไม่ให้ล้มตกไปด้านหลังลำคอ ซึ่งจะอุดกั้นทางเดินหายใจได้และป้องกันไม่ให้อาเจียนไหลเข้าสู่หลอดลม



4. หาสาเหตุที่ทำให้หมดสติ และประวัติการเกิดอุบัติเหตุจากผู้เห็นเหตุการณ์ด้วย เพื่อแจ้งให้แพทย์ทราบ เมื่อนำส่งโรงพยาบาล

5. พยายามหาว่าใช้ยาอะไรหรือไม่ ถ้าไม่ทราบ ให้เก็บเศษอาหารหรืออาเจียน (ถ้าเป็นไปได้) ข้อมูลเหล่านี้จะช่วยเจ้าหน้าที่รถพยาบาลฉุกเฉินในการให้ความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม

6. โทร. 1669 ติดต่อรถพยาบาลฉุกเฉิน บอกว่าผู้ป่วยหมดสติ

7. ทำร่างกายให้อบอุ่น

8. กรณีมีอาการชัก

8.1 ให้ม้วนผ้า หรือด้ามช้อนใส่เข้าไประหว่างฟัน เพื่อป้องกันไม่ให้กัดลิ้นตนเอง

8.2 เมื่อหยุดชักแล้วจัดให้อยู่ในท่าพักฟื้น และอยู่กับผู้ที่ชัก จนกระทั่งรู้สึกตัวดี

8.3 รีบนำส่งโรงพยาบาล ถ้าเป็นการชักครั้งแรกและชักซ้ำๆ หรือไม่รู้สึกรู้สีกตัวนานเกิน 10 นาที

9. กรณีบาดเจ็บศีรษะ

9.1 ห้ามเขย่าหรือสั่นศีรษะผู้ป่วยเป็นอันขาด

9.2 ถ้าผู้ป่วยฟื้นได้เองและรู้สึกตัวดี ให้นอนพักและใช้น้ำแข็งประคบศีรษะไว้

9.3 ถ้าผู้ป่วยไม่ฟื้นเอง หรือความจำเลอะเลือน เมื่อฟื้นแล้วให้รีบนำส่งโรงพยาบาล โดยให้กระแทกกระเทือนน้อยที่สุด



(ข) เมื่อเสี่ยงต่อการทำร้ายผู้อื่น

ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา อาจเสี่ยงต่อการทำร้ายผู้อื่น เพราะเมาสุราหรือมีอาการทางจิต จากการดื่มสุราหรือดื่มสุราร่วมกับสารเสพติดอื่น ดังนั้นควรช่วยเหลือเบื้องต้น (28) โดย

การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีอาการก้าวร้าว เสี่ยงต่อการกระทำความรุนแรง

1. ไม่ใช้กำลังในการยุติความรุนแรง (เช่น ชกต่อย) หรือผูกมัด (restrain) บุคคลนั้น นอกจากเป็นการป้องกันตัวเอง

2. โทรเรียกด่วนหรือยาม บอกตำรวจว่าบุคคลนั้นมีอาการทางจิตและต้องการรักษาทางการแพทย์ บอกให้ส่งตำรวจนอกเครื่องแบบถ้ามีในขณะนั้น เพื่อให้บุคคลนั้นไม่รู้สึกถูกคุกคาม ขณะเดียวกันโทรบอกทีมสุขภาพจิตฉุกเฉิน (วิกฤตสุขภาพจิต)

3. พยายามทำให้บุคคลนั้นสงบ ไม่ให้อยู่ในบรรยากาศข่มขู่หรือกดดัน พูดซ้ำๆ น้ำเสียงเบา เรียบง่าย แต่หนักแน่น ไม่เบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การเปิดทีวี หรือวิทยุ ไม่เข้าไปใกล้ บุคคลนั้นมากเกินไป การเข้าใกล้ อาจจะทำให้บุคคลนั้นรู้สึกถูกคุกคาม และเข้าสู่ใจมอย่าง ไม่คาดคิด ซึ่งจะเป็นอันตรายได้ ดังนั้นควรให้มีระยะห่างและหลีกเลี่ยงการจ้องตา (มองตา อย่างต่อเนื่อง) หรือสัมผัสบุคคลนั้น

4. พยายามบอกให้นั่งลง เมื่อบุคคลนั้นนั่งลงจะทำให้เขารู้สึกผ่อนคลายและไม่ใจม อย่างดุเดือด จะเป็นการดีถ้าหากนั่งทั้งสองฝ่าย นั่งหันข้างดีกว่าการนั่งหันหน้าเข้าหากัน (นั่งเผชิญหน้า) ถ้าบุคคลนั้นนั่งแต่ผู้ช่วยเหลือยืน เขาอาจรู้สึกถูกคุกคามหรือคิดว่าผู้ช่วยเหลือถือไฟเหนือกว่า ผู้ช่วยเหลืออาจให้หรือแลกเปลี่ยนบางอย่างเพื่อสร้างความไว้วางใจ เช่น ส่งน้ำ ชากาแฟ หรือบุหรี่ให้

5. ไม่ควรพยายามชี้แจงเหตุผล พยายามไม่ทำให้หงุดหงิดหรือโกรธ ไม่ข่มขู่ ตะโกนหรือ ต้าหนิที่จะทำให้บุคคลนั้นรู้สึกโกรธและควบคุมตนเองไม่ได้ โปรดระลึกว่า พวกเขาอาจกระทำ บางอย่างเนื่องจากความหลงผิดหรือเสี่ยงแ้วที่เกิดขึ้นจริงและทำให้เขาตื่นตระหนก

6. แสดงความเห็นใจต่อความไม่สบายใจ สิ่งที่สำคัญ คือ ผู้ช่วยเหลือจะต้องไม่แสรัง ทำว่าอาการหลงผิดหรือเสี่ยงแ้วนั้นเป็นจริงๆ

7. ให้ในข้อเรียกร้องที่สมเหตุสมผล ที่ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าเขควบคุมได้บ้าง

(ค) เมื่อเป็นอันตรายต่อตนเองหรือคิดฆ่าตัวตาย

ถ้าบุคคลนั้นคิดฆ่าตัวตาย การดื่มสุราจะเพิ่มโอกาสในการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย สำเร็จ ในผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย แนะนำให้หยุดดื่มโดยเด็ดขาดและมีงานวิจัย แบบ delphi study (31) ด้วยการสอบถามผู้เชี่ยวชาญ ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย และครอบครัว ในประเด็นต่างๆ ถึง 3 รอบ ผลการศึกษา มีข้อสรุปให้ผู้ช่วยเหลือกระทำ ดังต่อไปนี้



๖ ไม่ควรหลีกเลี่ยงการพูดถึงการฆ่าตัวตาย
 ๖ รับฟังด้วยความเข้าใจและรับฟังผู้ที่คิดฆ่าตัวตายต้องการสื่อสารว่า “เขารู้สึก
 แย่อย่างไร”

๖ ยินยอมให้พูดถึงความรู้สึก ซึ่งจะช่วยให้บุคคลนั้นรู้สึกโล่งใจ
 ๖ ถ้าบอกว่า ความคิดฆ่าตัวตายนั้นเกี่ยวกับโรคที่รักษาได้จะทำให้บุคคลนั้นมีความหวัง
 ๖ ถ้าผู้ช่วยเหลือคิดว่าบุคคลนั้นเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ตรวจสอบด้วยคำถาม
 อย่างตรงไปตรงมา โดยใช้คำถามดังนี้

- คุณคิดถึงความตายบ่อยไหม
- คุณวางแผนทำร้ายตนเองบ้างไหม หากไม่ได้วางแผนไม่ได้บ่งบอกว่าจะ “ปลอดภัย”
- คุณจะทำในสิ่งที่คุณคิดหรือไม่ และจะทำเมื่อไร
- คุณเคยพยายามทำร้ายตนเองในอดีตหรือไม่

๖ ไม่ปล่อยให้บุคคลนั้นอยู่คนเดียว เพราะไม่อาจป้องกันได้ร้อยเปอร์เซ็นต์
 ๖ บอกว่าเราห่วงใยและต้องการช่วยเหลือ
 ๖ ให้บุคคลนั้นพูดถึงเหตุผลที่ต้องการทำร้ายตนเอง
 ๖ เตือนบุคคลนั้นว่า จะไม่ทำตามความคิดนั้น
 ๖ หากบุคคลนั้นต้องการความช่วยเหลือ และพยายามหนีจากปัญหา หรือความรู้สึก
 ที่เป็นทุกข์ ผู้ช่วยเหลือให้พูดคุยถึงความรู้สึกนี้

๖ พุดคุยปัญหาเฉพาะที่สามารถหาหนทางจัดการได้กับปัญหาที่ดูเหมือนว่า
 จะแก้ไม่ตกนั้น

๖ หากจุดเชื่อมทำให้ปลอดภัย 24 ชั่วโมง เช่น บริการผู้เชี่ยวชาญ (สมาริตันส์) สายด่วน
 สุขภาพจิต 1323 เป็นต้น

๖ เรื่องความลับนี้ สามารถให้ใครรู้ได้บ้างไหม แต่ผู้ช่วยเหลือจะไม่รับปากว่าจะเก็บ
 ความคิดและการวางแผนนี้เป็นความลับได้ ถ้าเป็นอันตรายต่อตนเอง และ หรือผู้อื่น

คำถามเหล่านี้ไม่ได้จูงใจให้บุคคลนั้นฆ่าตัวตาย แต่แสดงว่าผู้ช่วยเหลือเข้าใจความรู้สึก
 ของผู้นั้น



การช่วยเหลือผู้ที่คิดฆ่าตัวตาย

- 1) ไม่เอาตนเองเข้าไปจูโจม ถ้าบุคคลนั้นอยู่ในภาวะไม่สบายใจหรือชู้ทำร้ายตนเอง
- 2) ไม่ให้บุคคลนั้นอยู่คนเดียว ถ้าผู้ช่วยเหลือพิจารณาว่ายังเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย ให้อยู่กับคนอื่น หรือพยายามให้มีคนอยู่กับบุคคลนั้น เพื่อให้ผ่านพ้นระยะวิกฤต
- 3) หาความช่วยเหลือทันที (เร่งด่วน)
 - โทรศัพท์ถึงแผนกจิตเวชฉุกเฉินในเขตพื้นที่นั้น หรือโทรศัพท์ฉุกเฉิน 1669 หรือ
 - พาบุคคลนั้นส่งแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล หรือ
 - พาบุคคลนั้นไปพบแพทย์ทั่วไป
- 4) ถ้าบุคคลนั้นยังดื่มสุราหรือใช้ยาเสพติด พยายามหยุดไม่ให้ดื่มหรือใช้ยาต่อ
- 5) พยายามพูดคุยไม่ให้บุคคลนั้นเข้าถึงวิธีการที่จะทำร้ายตนเอง
- 6) กระตุ้นให้บุคคลนั้นพูด ผู้ช่วยเหลือรับฟัง (โดยไม่ตัดสิน) ด้วยท่าทีที่สุภาพและให้เกียรติ ไม่ปฏิเสธ ความรู้สึกของบุคคลนั้น ไม่พยายามพูดจาแนะนำ
- 7) ให้ความมั่นใจ และให้ข้อมูลที่จะเป็นผลดีกับบุคคลนั้น

ขั้นตอนที่ 2 รับฟังอย่างไม่ตัดสิน

- ๐ รับฟังอย่างไม่ตัดสินว่าบุคคลนั้นดีหรือไม่ดี มีศีลธรรมหรือไม่มีศีลธรรม
- ๐ ไม่ตำหนิพวกเขา

ขั้นตอนที่ 3 ให้ความมั่นใจและข้อมูล ช่วยให้ผู้คิดนั้นตระหนักว่า

- ๐ ผู้ที่ดื่มสุราแล้วหมดสติ และหรือชักหรือเมาแล้วทำอะไรไม่ได้ อาจมีปัญหาทางการแพทย์
- ๐ การดื่มสุราอาจทำให้คนเราขาดสติ และกระทำบางอย่างที่อาจเกิดผลเสีย
- ๐ บางคนมีแนวโน้มมีความผิดปกติมากกว่าคนอื่น
- ๐ มีโปรแกรมการช่วยเหลือผู้ดื่มสุรา
- ๐ ผู้ป่วยโรคจิตกึ่งวลและหรือโรคซึมเศร้ามักมีปัญหาซ่อนเร้นของปัญหาการดื่มสุรา

ในการรักษาผู้ที่เมาสุรา แม้นักวิจัยพยายามค้นคว้าหายาเพื่อลดอาการเมาสุรา แต่ยังไม่มียาผลการวิจัยที่สนับสนุนแน่ชัด ผู้ที่เมาสุราส่วนใหญ่จะถูกนำส่งโรงพยาบาลด้วยเหตุผลอื่น เช่น บาดเจ็บทางร่างกายจากอุบัติเหตุหรือถูกทำร้าย หรือเมาอาละวาดเพื่อคดโกง การรักษา มักจะมุ่งแก้ไขเฉพาะปัญหารีบด่วน กรณีเมาแบบอาละวาดอาจให้ยา haloperidol ฉีดเข้ากล้ามเนื้อเพื่อให้สงบ แล้วสังเกตอาการหลังสร้างเมาก็ให้กลับบ้าน โดยแทบไม่มีการรับไว้ในโรงพยาบาลหรือติดตามปัญหาการดื่มสุรา (32)



ขั้นตอนที่ 4 ให้กำลังใจให้ไปรับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ

แพทย์ทั่วไปจะให้ความช่วยเหลือผู้ที่เมาสุราหรือผู้ที่มีการถอนพิษสุราได้ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายของสุรา และให้การปรึกษาเพื่อลดและหยุดดื่มสุรา

ขั้นตอนที่ 5 ให้กำลังใจในการช่วยเหลือตนเอง

ผู้ที่เมาสุราจนหมดสติหรือ ชัก หลังตื่นขึ้นจะต้องได้รับกำลังใจที่จะลด หรือเลิกดื่มสุรา

การปฐมพยาบาลผู้มีอาการถอนพิษสุรา

ลักษณะอาการถอนพิษสุรา (alcohol withdrawal)

ผู้ที่ติดสุราหรือดื่มหนักมากกว่า 150-200 กรัมต่อวันหรือดื่มติดต่อกันหลายวันจนเมาหัวราน้ำ หรือผู้ดื่มสุราหนักมานานอย่างน้อย 5-10 ปี เมื่อหยุดดื่มสุราจะเกิดอาการขาดสุรา หากเกิดระดับไม่รุนแรงมักเกิดขึ้นใน 2-3 ชั่วโมงหลังจากหยุดดื่มสุรา เริ่มต้นด้วยอาการวิตกกังวล รู้สึกกระวนกระวายเล็กน้อย เบื่ออาหาร มือสั่น ใจสั่น อาการจะเริ่มหายไปภายใน 48 ชั่วโมง ส่วนอาการขาดสุราระดับรุนแรงมักเกิดขึ้นหลังหยุดดื่มสุรา 12-48 ชั่วโมง เริ่มจากอาการแสดงออกของระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากผิดปกติ (autonomic hyperactivity) ไม่รู้จักเวลา สถานที่ บุคคล (disorientation) สับสน (confusion) อาจเกิดอาการชัก (seizure) ได้ และถ้าสับสนอย่างมาก (global confusion) พร้อมกับอาการมือสั่น ตัวสั่น (tremor) จะเข้าเกณฑ์วินิจฉัยโรคเป็น delirium tremens (DTS)

ใน DTS มีอาการสำคัญ คือ เพ้อ (delirium) แสดงออกโดย สับสน สติสัมปชัญญะบกพร่อง ไม่รู้จักเวลา สถานที่ บุคคล ไม่มีสมาธิและความจำไม่ดี กระวนกระวาย หลงผิดรวมทั้งประสาทหลอนทั้งทางตา หู ผิวหนัง อาการเกิดขึ้นหลังหยุดดื่มสุราส่วนมากเป็นวันที่ 2-3 จนถึง 1 สัปดาห์ ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น อาการจะดีขึ้นภายใน 2-3 วัน อาจเกิดอาการชักร่วมด้วยได้ เรียกว่า rumfits ซึ่งจะเกิดก่อนอาการเพ้อ (delirium) ร่วมกับอาการระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากกว่าปกติ มีหัวใจเต้นผิดปกติได้ (32, 33)

นอกจากนี้ยังพบว่า อาการขาดสุราจะยังคงเป็นอยู่นาน 4-6 สัปดาห์หลังจากหยุดดื่ม อาการแสดงออก คืออาการเหนื่อยง่าย นอนไม่หลับ ความสนใจทางเพศลดลง ดูเหงามเศร้าซึม ทำทางไม่เป็นมิตร ดึงเครียดภายใน ปวดเมื่อย เป็นอยู่ตลอด 5 สัปดาห์

พฤติกรรมที่เกิดขึ้นของ DTS ไม่สามารถทำนายได้ อาจเสี่ยงอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น โดยอาจตอบสนองต่ออาการหลงผิดหรือประสาทหลอน ได้ตอบรากับว่าตนเองได้รับอันตรายจริง อาการชัก เกิดขึ้นประมาณร้อยละ 3 เป็นอาการชักทั้งตัว (grand mal seizure) ถ้าหากชักเฉพาะที่ อาจมีสาเหตุจากอุบัติเหตุทางสมอง ติดเชื้อในสมอง มะเร็งในสมอง โรคหลอดเลือดในสมอง น้ำตาลในเลือดต่ำ ไซเตียมในเลือดต่ำ เป็นต้น DTS ถือว่าเป็นภาวะฉุกเฉินจะต้องให้การดูแลอย่างรีบด่วน (32)



การช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ที่มีอาการถอนพิษสุรา การดูแลระดับประคองทั่วไป (34)

๖ จัดสภาพแวดล้อมให้เป็นสัดส่วนและสงบเงียบปลอดภัย ให้แสงสว่างพอควร ไม่กระตุ้นจากภายนอกมากเกินไป (เสียง)

- ๖ ช่วยให้ผู้รู้จักเวลา สถานที่ บุคคล (มีนาฬิกา ปฏิทิน)
- ๖ ช่วยแก้ไขความบกพร่อง ได้แก่ แขนงตา หูฟังและไม้ค้ำยันสำหรับผู้มีความจำเป็น
- ๖ ไม่ควรผูกมัด เพราะผู้ป่วยจะต่อสู้ทำให้เกิดอันตราย
- ๖ ให้พักผ่อนนอนหลับและให้เปลี่ยนอิริยาบถ เพื่อให้รู้สึกผ่อนคลายและสบายตัว
- ๖ ให้อาหารตามปกติ ให้ดื่มน้ำบ่อยๆ ถ้ามีอาการแสบท้องให้ดื่มนมทุก 30 นาที-ชั่วโมง
- ๖ ให้ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยการหายใจเข้าลึกๆ เพื่อลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน
- ๖ เก็บสิ่งของที่อาจมีอันตราย เช่น มีด เข็ม ของมีคม ฯลฯ

วิธีการนี้ ส่วนมากได้ผลใน 6-8 ชั่วโมง แต่วิธีนี้ไม่ช่วยป้องกัน การเกิดอาการชัก ประสาทหลอน หรือหัวใจเต้นผิดปกติ ซึ่งจำเป็นต้องใช้ยา ในผู้ป่วยที่มีอาการขาดสุราเล็กน้อย ถึงปานกลางสามารถดีขึ้นได้โดยไม่ต้องใช้ยา

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น

ก. เมื่อเสี่ยงต่อการทำร้ายผู้อื่น

ผู้ที่มีอาการถอนพิษสุราอาจเสี่ยงอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นได้ โดยอาจตอบสนองต่ออาการแปลภาพผิด (illusion) หลงผิด ประสาทหลอนหรือมีอาการเพื่อต้องการช่วยเหลือ เช่นเดียวกับผู้ที่เมาสุรา

ข. เมื่อเป็นอันตรายต่อตนเอง

ถ้าคิดว่าบุคคลนั้นเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง อาจเป็นผลจากอาการขาดสุรา เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน เป็นต้น

จะช่วยเหลือผู้ที่อาจมีอันตรายต่อตนเองอย่างไร

- 1) ถ้าบุคคลนั้นอยู่ในภาวะไม่สบายใจหรืออยู่ทำร้ายตนเอง เก็บอาวุธหรือสิ่งของมีคมให้หมด
- 2) ไม่ให้บุคคลนั้นอยู่คนเดียว ให้อยู่กับคนอื่น ถ้าคุณพิจารณาว่ายังเสี่ยงสูงต่อการทำร้ายตนเอง พยายามให้มีคนอยู่ด้วยเพื่อให้ผ่านพ้นระยะวิกฤต
- 3) หาความช่วยเหลือทันที (เร่งด่วน)
 - โทรศัพท์ถึงแผนกจิตเวชฉุกเฉินในเขตพื้นที่นั้น หรือโทรศัพท์ฉุกเฉิน 1669 หรือ
 - พาบุคคลนั้นส่งแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล หรือ
 - พาบุคคลนั้นไปพบแพทย์ทั่วไป
- 4) พยายามพูดคุยไม่ให้บุคคลนั้นเข้าถึงวิธีการที่จะทำร้ายตนเอง

- 5) รับฟังอย่างสุภาพและให้เกียรติ ในสิ่งที่บุคคลนั้นเป็นห่วงหรือกังวล
- 6) ให้ความมั่นใจและให้ข้อมูลที่จะเป็นผลดีกับบุคคลนั้น
- 7) นำส่งโรงพยาบาล

ค. หมดสติภายหลังชัก

ถ้าบุคคลนั้นหมดสติจากอาการบาดเจ็บศีรษะ หรือ ชัก ผู้ที่หมดสติจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือทางการแพทย์ทันทีเช่นเดียวกับอาการหมดสติในผู้ที่เมาสุรา

ขั้นตอนที่ 2 รับฟังอย่างไม่ตัดสิน

- ๖ รับฟังอย่างไม่ตัดสินว่าบุคคลนั้นไม่ดีหรือไม่มีศีลธรรม
- ๖ ไม่ตำหนิพวกเขา

ขั้นตอนที่ 3 ให้ความมั่นใจและข้อมูล ช่วยให้บุคคลนั้นตระหนักว่า

- ๖ มีปัญหาทางการแพทย์ในผู้ที่ดื่มสุราแล้วเกิดอาการขาดสุรา ชักแล้วหมดสติ
- ๖ ความผิดปกติจากการดื่มสุรานี้เป็นปัญหาที่พบบ่อย
- ๖ บางคนมีแนวโน้มมีความผิดปกติมากกว่าคนอื่น
- ๖ มีโปรแกรมการช่วยเหลือผู้ดื่มสุรา

ยาที่ใช้ได้ผลดีและสะดวก คือ long-acting benzodiazepines เป็น first-line therapy (34, 35) ยาที่นิยมใช้มากที่สุดคือ chlordiazepoxide, diazepam และ lorazepam ทำให้อาการสงบหรือรู้สึกง่วงเล็กน้อย ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาโรคตับเลือกใช้ lorazepam ดีที่สุด ยาที่ใช้ร่วมด้วย ได้แก่ β -blocker clonidine (alpha 2-adreno receptor agonist), carbamazepine ซึ่งเป็น sedative - hypnotic agent ใช้ในยุโรป ซึ่งได้ผลดี (36) ในประเทศไทยเท่าที่มีรายงานการรักษาอาการถอนสุรานิยมใช้ long-acting benzodiazepine คือ chlordiazepoxide หรือ diazepam แบบ fixed-dose schedule มากที่สุด มีรายงานการใช้ยาแบบ front loading-dose และ symptom-trigger schedule ซึ่งได้ผลดี และลดปริมาณการใช้ยา benzodiazepine ลง (37, 38)

ขั้นตอนที่ 4 ให้กำลังใจให้ไปรับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ

แพทย์ทั่วไปจะให้ความช่วยเหลือผู้ที่มีอาการขาดสุราได้ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายของสุรา และให้การปรึกษาเพื่อลดและหยุดดื่มสุราได้

ขั้นตอนที่ 5 ให้กำลังใจในการช่วยเหลือตนเอง

ผู้ที่มีอาการขาดสุราจนกระทั่งประสาทหลอน เพ้อ หรือ ชัก หลังตื่นจะต้องได้รับกำลังใจที่จะลด หรือเลิกดื่มสุรา

หมายเหตุ : รายละเอียดเพิ่มเติมศึกษาได้จาก “การทบทวนองค์ความรู้ เรื่องการป้องกันและรักษาภาวะถอนพิษสุรา” เรียบเรียงโดย รองศาสตราจารย์แพทย์หญิง สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล พิมพ์และเผยแพร่โดย ผรส.



การปฐมพยาบาลผู้ติดสุรา

การติดสุรา (alcohol dependence) หมายถึง พฤติกรรม ความคิด และสรีระวิทยาที่เกิดขึ้นหลังจากดื่มสุราซ้ำ รวมทั้งความอยากดื่มและยากที่จะควบคุมการดื่ม ยังคงดื่มทั้งๆ ที่มีผลเสียต่อสุขภาพ การวินิจฉัยจะต้องประกอบด้วยลักษณะที่สำคัญอย่างน้อย 3 ใน 7 ข้อดังต่อไปนี้ (39)

1. ต้องเพิ่มปริมาณการดื่มมากขึ้นจึงจะได้ฤทธิ์เท่าเดิม (tolerance);
2. มีอาการทางร่างกายเมื่อไม่ได้ดื่ม (withdrawal symptoms)
3. ควบคุมการดื่มไม่ได้ (impaired control)
4. หมกมุ่นกับการดื่มหรือการหาสุรามาสำหรับดื่ม (preoccupation with acquisition and/or use)
5. มีความต้องการอยู่เสมอที่จะเลิกดื่มหรือพยายามหลายครั้งแล้วแต่ไม่สำเร็จ
6. มีความบกพร่องในหน้าที่ทางสังคม อาชีพการงาน หรือการพักผ่อนหย่อนใจ
7. ยังคงดื่มอยู่ทั้งๆ ที่มีผลเสียเกิดขึ้นแล้ว

การปฐมพยาบาลด้านสุขภาพจิต

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือเป็นอันตรายต่อตนเองและหรือผู้อื่น ดังที่กล่าวข้างต้นว่าผู้มีปัญหาเกี่ยวกับสุรา มักมีปัญหาจิตเวชร่วม เช่น โรคซึมเศร้า หรือโรคอารมณ์แปรปรวน อาจมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือเป็นอันตรายต่อตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 รับฟังอย่างไม่ตัดสิน

- ๖ รับฟังอย่างไม่ตัดสินว่าบุคคลนั้น ดีหรือไม่ดี มีศีลธรรมหรือไม่มีศีลธรรม
- ๖ ไม่ตำหนิพวกเขา ถ้าผู้ช่วยเหลือใช้วิธีที่ไม่ตำหนิ ไม่แสดงความหงุดหงิดรำคาญต่อบุคคลที่มีปัญหาการดื่มสุราก็จะสามารถช่วยเหลือบุคคลนั้นได้ในระยะยาว
- ๖ หลีกเลี่ยงการเผชิญหน้านอกจากจะป้องกันอันตรายหรือการกระทำที่อันตราย

ขั้นตอนที่ 3 ให้ความมั่นใจและให้ข้อมูล ช่วยให้ผู้บุคคลนั้นตระหนักว่า

- ๖ พวกเขามีปัญหาทางการแพทย์
- ๖ ความผิดปกติจากการดื่มสุราเป็นปัญหาที่พบบ่อย
- ๖ บางคนมีแนวโน้มมีความผิดปกติมากกว่าคนอื่น
- ๖ มีโปรแกรมการช่วยเหลือผู้ติดสุรา

การรักษาผู้ติดสุรา ประกอบด้วยระยะถอนพิษ (detoxification) เพื่อลดอาการถอนพิษสุรา และการรักษาระยะยาว เพื่อลดการกลับไปดื่มซ้ำ โดยที่ผู้ติดสุราหยุดดื่มได้นานที่สุด หรือมีวันดื่มสุราน้อยลง หรือมีปริมาณการดื่มสุราในวันที่ดื่มสุราน้อยลง (20)



การรักษาระยะยาว มีทั้งการรักษาด้วยยาและการรักษาทางจิตสังคม

ยาที่ได้รับการยอมรับในการรักษาผู้ติดสุราระยะยาว ได้แก่ naltrexone, acamprosate และ disulfiram โดยที่ naltrexone ออกฤทธิ์เป็น opioid antagonist ในสมอง ผลของยาต่อผู้ติดสุรา คือ ลดความอยากสุรา เพิ่มความสามารถในการดื้อสุราและลดผลของสุรา ผลข้างเคียง คือ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดหัว จากรายงานวิจัยพบว่า ให้ naltrexone รับประทานขนาด 50-100 mg/d วันละครั้ง นาน 6 เดือน ร่วมกับการรักษาแบบการฝึกทักษะการปรับตัว จะสามารถลดการดื่มและป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำได้ (20, 32, 40) ยานี้เคยมีใช้ในประเทศไทย ขณะนี้ไม่มีจำหน่ายแล้ว

ยา acamprosate เมื่อใช้ร่วมกับ abstinence-orientated programs จะช่วยเพิ่มอัตราการหยุดดื่ม และลดการกลับไปดื่มซ้ำได้ ยา acamprosate เป็น taurine สังเคราะห์ (อนุพันธ์ของ กรดอะมิโน) ที่มีผลต่อระบบสื่อประสาท ทั้ง GABA และ glutamate ค่อนข้างปลอดภัย Mason และคณะ (41) ได้ทบทวนงานวิจัย พบว่าการรักษาโดยใช้ยา acamprosate และพฤติกรรมบำบัด ในคลินิกหลายแห่ง พบว่าผู้ติดสุราจะลดจำนวนครั้งของการดื่มและเพิ่มจำนวนวันที่หยุดดื่ม เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้ยาหลอก ในประเทศไทยไม่มียานี้จำหน่าย

disulfiram (antabuse) มีฤทธิ์ขัดขวางเอ็นไซม์ aldehyde dehydrogenase ไม่ให้เปลี่ยน acetaldehyde เป็น acetic acid และน้ำ (ซึ่งแอลกอฮอล์จะถูก metabolized โดยเอ็นไซม์ alcohol dehydrogenase เป็น acetaldehyde) เมื่อผู้ป่วยกินยา disulfiram แล้วไปดื่มสุราจะเกิดอาการพิษของ acetaldehyde คั่งในเลือด เกิดอาการข้างเคียง เช่น หน้าแดง อกร้อนที่ตา ใบหน้า แขน และหน้าอก อ่อนเพลีย ซีด ความดันต่ำ คลื่นไส้ วิงเวียน ใจสั่น หายใจไม่อึด ซาตามแขนขา ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าดื่มสุราอีก ควรใช้ยานี้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะหยุดดื่ม มีความเข้าใจเรื่องยา ให้ความร่วมมือดี ไม่เป็นคนขี้เมาหรือไม่อ่อนไหวกับแรงยั่วยุทางอารมณ์จากภายนอก ขนาดยาที่ใช้ 250 mg/d (150-500 mg/d) รับประทานวันละครั้ง เริ่มให้หลังจากหยุดดื่มสุราไปแล้ว 24 ชม. ฤทธิ์อยู่จนถึง 2 สัปดาห์ ใช้ร่วมกับการรักษาอื่นๆ เช่น การเข้าร่วมกลุ่มเอเอ (40) และติดตามผลด้วยการวัดปริมาณแอลกอฮอล์ในลมหายใจ ทั้งนี้ผู้รักษาจะต้องแนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มทุกชนิดที่ผสมแอลกอฮอล์ เช่น ยาแก้ไอ และบอกอาการที่เกิดขึ้นหากดื่มสุราพร้อมกับยานี้แก่ผู้ป่วยและญาติ อาจมีการทดสอบผลของยาโดยให้ทดลองดื่มสุราภายใต้การดูแลของแพทย์และพยาบาลในโรงพยาบาล

ห้ามใช้ยานี้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำงานของตับ ไตวาย โรคหัวใจ โรคปลายประสาทอักเสบ และหญิงตั้งครรภ์ (20) ในกรณีที่มีปัญหาการดื่มสุราและมีโรคจิตเวชเกิดร่วมด้วย การใช้ยา disulfiram ไม่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคและปฏิกริยาระหว่างยาที่สำคัญทางคลินิกได้ ส่วนกรณีที่มีโรคติดสุรา ร่วมกับเซฟโคเคน disulfiram สามารถเพิ่มระยะเวลาการหยุดดื่มสุรา และโคเคนได้ (20, 42)



ในเมืองไทยมีการใช้ยาชนิดนี้มานานแต่นำไปใช้ในทางที่ผิด คือญาติจะแอบให้หรือหลอกให้ผู้ป่วยรับประทานโดยไม่ทราบผลของยา เมื่อผู้ป่วยไปดื่มสุราเกิดอาการแพ้รุนแรง บางรายเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวและหัวใจหยุดเต้นอาจถึงตายได้ (32)

หมายเหตุ : รายละเอียดเพิ่มเติมศึกษาได้จาก “การทบทวนองค์ความรู้ เรื่องการใช้ยาในการบำบัดรักษาผู้ติดสุรา” เรียบเรียงโดย ศาสตราจารย์นายแพทย์มานิต ศรีสุภานนท์ พิมพ์และเผยแพร่โดย ผรส.

การรักษาทางจิตสังคม มีดังนี้

รูปแบบที่ 1 การบำบัดแบบสั้น (brief intervention)

ในประเทศไทยมีการนำเทคนิคการให้คำปรึกษาแบบสั้น (brief intervention) มาใช้กับผู้ป่วยติดสุราที่มีงานวิจัยว่าได้ผลดี โดยที่ผู้รักษาคะประเมินความพร้อมผู้ป่วยให้ตระหนักและรับรู้ปัญหา (motivational interviewing) กระตุ้นผู้ป่วยให้นำไปสู่แนวทางแก้ปัญหาด้วยตนเอง โดยการใช้รูปแบบเฟรมส์ (FRAMES model) ได้แก่ 1) การสะท้อนข้อมูลให้เห็นถึงความเสี่ยงและผลกระทบที่เกิดขึ้น 2) ให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเอง 3) ให้คำแนะนำวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่มสุรา 4) เสนอทางเลือกที่เหมาะสมกับผู้ป่วย 5) แสดงความเข้าใจเห็นใจผู้ป่วย 6) สนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองทำได้ ผู้รักษาคะตั้งเป้าหมายการบำบัด และเน้นกระบวนการติดตามผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ติดตามผู้ป่วยนาน 1 ปี พบว่า ประสิทธิภาพสำเร็จในการรักษาสูงถึงร้อยละ 58.5 แต่เมื่อคิดเฉพาะผู้ที่คงบำบัด ผลสำเร็จสูงถึงร้อยละ 68.6 ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ คือ ไม่มีญาติสายตรงติดสุรา สมัครใจเข้ารับการบำบัด ไม่มีอาการทางจิตร่วมมาติดตามการบำบัดอย่างต่อเนื่อง แต่มีผู้ป่วยขาดการบำบัด ร้อยละ 38.4 (โดยที่เสียชีวิต ร้อยละ 12.2 และย้ายที่อยู่กับปัญหาการเดินทาง) (43,44)

หมายเหตุ : รายละเอียดเพิ่มเติมศึกษาได้จาก “การทบทวนองค์ความรู้ เรื่องการบำบัดแบบสั้นในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา” เรียบเรียงโดย แพทย์หญิงสายรัตน์ นกน้อย พิมพ์และเผยแพร่โดย ผรส.

รูปแบบที่ 2 การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy : MET) โดยการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยใช้หลักการเสริมสร้างแรงจูงใจ และส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง โรงพยาบาลสวนปรุงได้นำวิธีการนี้มาใช้ในแผนกผู้ป่วยนอก และพบว่าได้ผลดีสามารถลดจำนวนวันที่ดื่มหนัก ลดผลกระทบจากการดื่มสุรา เพิ่มวันที่หยุดดื่ม เพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในขั้นตอนการเตรียมพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงและความต้องการในการรักษา (45, 46)

รูปแบบที่ 3 Cognitive Behavioral Therapies (CBT) เป็นการบำบัด 12 ครั้ง สัปดาห์ละครั้ง โดยการให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับกระบวนการกลับไปติดสุราซ้ำ การป้องกันไม่ให้เกิดกลับไปดื่มสุราซ้ำ การเรียนรู้และหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นที่เราทำให้เกิดอาการอยากดื่ม ทักษะที่จำเป็นในการเลิกดื่ม เช่น การคิดแย้งความคิดที่ไม่มีเหตุผล ทักษะจัดการกับอาการอยากดื่ม ทักษะจัดการอารมณ์

ที่ไม่เหมาะสม ทักษะผ่อนคลายความเครียด เป็นต้น ในปัจจุบันมีการบำบัดด้วยวิธีนี้ โดยปรับโปรแกรมแมทริกที่ใช้กับยาบ้ามาใช้กับผู้ติดยา และมีรายงานว่าได้ผลแต่มีอัตราหยุดการรักษาก่อนกำหนดค่อนข้างมาก ประมาณร้อยละ 68 และยังมีบริการค่อนข้างจำกัด (47,48)

รูปแบบที่ 4 พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) เพื่อให้เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาที่ถูกต้อง โดยการเผชิญกับสิ่งกระตุ้นซ้ำแล้วซ้ำอีกพร้อมกับฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อหรือฝึกการหายใจเพื่อคลายเครียด ทำให้ไม่อยากติ่ม ด้วยการให้ทฤษฎีเสริมแรงโดยให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายและให้รางวัลตนเอง ถ้าหยุดติ่มได้ในแต่ละวัน ผู้ป่วยจะได้คะแนน 1 แต้ม จนคะแนนสะสมครบตามกำหนดและจะได้รางวัลตามที่ตั้งไว้ นอกจากนี้การฝึกทักษะทางสังคม (social skill training) ในการจัดการกับสภาวะอารมณ์ที่ไม่ดี มีข้อพิพาท ถูกกดดัน เป็นต้น หรือใช้วิธีวิเคราะห์การผลอใช้ (functional analysis) เช่น ABC (Antecedent-Behavior-Consequence) วิเคราะห์หาสิ่งบอกเหตุมาก่อนการติ่มสุรา ตามด้วยวิเคราะห์พฤติกรรมและผลที่ตามมา ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดแต่ละภาคของประเทศไทยมีการใช้วิธีการรักษาชนิดนี้โดยเฉพาะชุมชนบำบัดที่เป็นทั้งของภาครัฐและภาคเอกชน แต่ในโรงพยาบาลชุมชนมีการใช้น้อยเนื่องจากขาดทีมงานและทักษะทางด้านพฤติกรรมบำบัด (32)

ในกรณีที่ผู้ติดยาบางคนปฏิเสธการรักษา มักปฏิเสธความจริงว่าตนไม่ได้ติดยาหรือมีปัญหาการติ่ม โดยให้เหตุผลอ้างว่าจำเป็นต้องติ่มเพื่อเข้าสังคม เพื่อนชวนหรือติ่มเพื่อบำรุงสุขภาพและจะโทษผู้อื่นว่าทำให้ไม่สบายใจและไม่เข้าใจผู้ป่วย จึงเป็นอุปสรรคในการลด ละ เลิกสุรา ในกรณีเช่นนี้การสร้างแรงจูงใจในการบำบัดสุราจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยให้ผู้ป่วยยอมรับสิ่งที่แพทย์บอกเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคว่ามีปัญหาการติ่มสุราจนเป็นโทษหรือเป็นโรคติดสุราจำเป็นต้องรักษาและรู้สึกเป็นทุกข์ยอมร่วมมือและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ การสร้างแรงจูงใจจะใช้หลัก 5 ประการ คือ “DARES” (49) ดังนี้

Develop discrepancy หมายถึงการให้ผู้ป่วยพิจารณาถึงเป้าหมายของชีวิต ความรับผิดชอบที่อยากเป็น ไม่ใช่คนอื่นอยากให้เป็นและความยากลำบากที่จะบรรลุสู่เป้าหมายนั้น เพราะติ่มสุรา

Avoid argument หมายถึง ผู้รักษารับฟังด้วยความจริงใจและไม่ทะเลาะกับผู้ป่วย

Roll with resistance หมายถึงในกรณีที่ผู้ป่วยแสดงอาการต่อต้าน ให้พิจารณาว่า ผู้ป่วยอาจจะอยู่ในขั้นตอนของวัฏจักรแห่งการเปลี่ยนแปลงระยะที่ต่ำกว่าที่ผู้รักษาดังใจให้เขาอยู่ ดังนั้นผู้รักษาจึงต้องเข้าใจเรื่องวัฏจักรแห่งการเปลี่ยนแปลงอย่างถ่องแท้เพื่อที่จะสามารถสร้างแรงจูงใจในการรักษาของผู้ป่วย

Express empathy หมายถึง ผู้รักษาต้องแสดงความเข้าใจและเห็นใจผู้ป่วยอย่างจริงใจ

Support self-efficacy หมายถึงผู้รักษาต้องส่งเสริมผู้ป่วยให้มีความเชื่อมั่นในตัวเองว่าสามารถควบคุมจิตใจตนเองและควบคุมสถานการณ์ไม่ให้ติ่มสุราได้



วิธีการสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วย

1. **การให้คำแนะนำ** (giving advice) ด้วยการประเมินผู้ป่วย และตามด้วยการให้คำปรึกษา เริ่มด้วยคำพูดว่า “ช่วยบอกเป้าหมายชีวิตและความรับผิดชอบที่ยากเป็น ไม่ใช่อะไรก็ได้ที่คนอื่นอยากให้เป็น” ข้อความนี้จะช่วยให้เข้าใจและเห็นใจผู้ป่วยในมุมมองที่สร้างสรรค์ วิธีการนี้ได้ผลดี แต่ต้องมีองค์ประกอบอื่นร่วมด้วย

2. **การให้ข้อมูลป้อนกลับ** (providing feedback) เกี่ยวกับสภาพและความรุนแรงของปัญหาการดื่มสุรา เช่น บอกผลเลือดที่ตรวจการทำงานของตับ ความผิดปกติทางสมองและจิตใจ ที่บ่งบอกความรุนแรงของปัญหาการดื่มสุราและลักษณะของโรคติดสุรา ร่วมกับการฝึกทักษะการปรับตัว (coping skill training) จะทำให้ได้ผลดียิ่งขึ้น

3. **การกำหนดเป้าหมายเชิงพฤติกรรม** (goal setting) โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้กำหนดเป้าหมายด้วยตนเอง

4. **การแสดงบทบาทสมมติ** (role playing and modeling) จะช่วยให้ผู้ป่วยมุ่งมั่นสู่เป้าหมาย และสะท้อนให้ผู้ป่วยเห็นพฤติกรรมตนเองที่เป็นจริงและมองว่าแตกต่างจากอุดมคติมากนักเพียงใด เพราะเขาได้แสดงออกถึงความคิด ความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและผลกระทบจากการดื่มสุรา วิธีนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยคาดหวังได้เหมาะสมก่อนรับการรักษาและร่วมมือรักษาอย่างต่อเนื่อง

5. **การเสนอทางเลือก** (providing voluntary choice) ผู้รักษาเสนอทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีการต่างๆ ให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกด้วยตนเอง ซึ่งผู้ป่วยจะมองเห็นว่าโอกาสสำเร็จในแต่ละวิธีมีมากน้อยเพียงใดและตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาด้วยตนเอง วิธีนี้จะช่วยลดปัญหาผู้ป่วยต่อต้านและขาดนัด

6. **การคงการติดต่อสัมพันธ์** (maintaining contact) โดยใช้จดหมายหรือโทรศัพท์ติดต่อกับผู้ป่วยที่ห่วย โสนใจสุขภาพผู้ป่วยเป็นระยะๆ วิธีการนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยไม่ขาดการติดต่อและมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ไม่ควรให้ผู้ป่วยรอนานเกินไปก่อนได้รับการตรวจ เพราะผู้ป่วยจะเกิดความเบื่อหน่ายและไม่อยากมาตรวจอีก

นอกจากนี้ หากว่าผู้ป่วยรับรู้ว่าจะดื่มสุราแล้วมีอาการที่ไม่ดีเกิดขึ้นอย่างมากจนผู้ป่วยรู้สึกกลัวตาย จะช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุราได้ วิธีการนี้มักได้ผลเฉพาะกับผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มระดับปานกลางไม่ถึงขั้นติดสุรา แต่จะได้ผลในระยะเวลานานเท่านั้น อย่างไรก็ตาม ผู้บำบัดควรทราบถึงระยะในวัฏจักรแห่งการเปลี่ยนแปลงของผู้ติดสุราในการบำบัดทางจิตสังคมต่อไป

การบำบัดให้เกิดวัฏจักรแห่งการเปลี่ยนแปลง (32) (stages of changes)

วิธีการนี้ค้นพบโดย Prochaska & DiClemente ในปี ค.ศ. 1983 โดยการศึกษาวิจัยผู้ติดบุหรี่พบว่า การเปลี่ยนพฤติกรรมหรือนิสัยนั้นจะเป็นไปตามขั้นตอน และเป็นวัฏจักร การบำบัดรักษานั้นต้องรักษาตามระยะที่ผู้ติดสุราเป็นอยู่ได้แก่



ระยะที่ 1 “เพิกเฉย” คือ ผู้ติดสุรามักปฏิเสธและหลีกเลี่ยงการเปลี่ยนแปลงทั้งความคิดและพฤติกรรม การสำรวจตนเองมีน้อย ไม่สนใจคนรอบข้างหรือสิ่งแวดล้อม เพราะไม่มีความรู้เกี่ยวกับข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมที่เป็นอยู่หรือเกิดท้อใจ เพราะไม่สามารถที่จะหยุดพฤติกรรมเดิมได้ ทั้งที่ได้พยายามหลายครั้งแล้ว **วิธีการรักษา** เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ระยะต่อไปคือ ผู้รักษาต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อดีข้อเสียของการดื่มสุรา และให้ความหวัง รวมทั้งกระตุ้นให้เกิดสำนึกรับผิดชอบต่อสังคมและต่อบุคคลอื่น โดยให้ผู้ป่วยบันทึกหรือบอกเล่าถึงชีวิตของตนเองที่ผ่านมา

ระยะที่ 2 “ลังเลใจ” คือ ผู้ติดสุราเริ่มคิดอย่างมากเกี่ยวกับการจะเลิกดื่มสุรา ตระหนักถึงข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมการดื่มสุราของตน กระบวนการเปลี่ยนแปลงเริ่มจากการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุรา สนใจศึกษาเกี่ยวกับความรู้สุขภาพเรื่องโทษของสุรา ตอบสนองต่อคำติชมจากคนรอบข้าง และตั้งใจจะเลิกดื่มสุราในระยะ 6 เดือน แต่เกิดภาวะสองจิตสองใจ คือ “บางครั้งอยากเลิกแต่บางครั้งก็ไม่อยาก” **วิธีการรักษา** คือ กระตุ้นให้ผู้ป่วยหันสำรวจตัวเอง วิเคราะห์ผลดีผลเสียของพฤติกรรมเก่าที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลดีผลเสียของพฤติกรรมใหม่ด้วย และผู้รักษาควรชี้ให้เห็นถึงข้อดีของพฤติกรรมใหม่ เช่น “ชีวิตนี้จะดีอย่างไร ถ้าไม่ติดสุรา”

ระยะที่ 3 “เตรียมพร้อม” คือ ผู้ติดสุราตัดสินใจและตั้งใจจะเลิกดื่มสุราภายใน 1 เดือน **วิธีการรักษา** คือ ให้ผู้ป่วยย้ำถึงความตั้งใจจริง เช่น สัญญากับตนเอง กับครอบครัวและกับบุคคลที่ตนเคารพนับถือและขออุปสรรคต่อการปฏิบัติ

ระยะที่ 4 “ดำเนินการ” คือ ผู้ติดสุรามีความตั้งใจแน่วแน่และสัญญากับตนเองว่าจะเลิกดื่ม และสามารถหยุดดื่มได้ แต่ระยะเวลายังไม่ถึง 6 เดือน กระบวนการเปลี่ยนแปลง คือ ให้ประเมินตนเองอีกว่า “การติดสุราทำให้ตัวเองรู้สึกผิดหวัง” บอกกับตัวเองว่า “เลิกดื่มได้แล้ว” จากการสังเกตจะเห็นว่าสังคมรังเกียจคนเมาสุรา ถ้าต้องการให้สังคมยอมรับจะต้องใช้วิธีการอื่นแทนการดื่มสุราเพื่อผ่อนคลายความเครียด พยายามกำจัดสิ่งต่างๆ ที่มีอยู่ภายในบ้านหรือที่ทำงาน เพื่อไม่ให้เกิดการดื่มสุรา พร้อมรับคำชมจากคนอื่นถ้าหากไม่ดื่ม เดือนความทรงจำ “เกี่ยวกับอันตรายของสุราต่อสุขภาพและผลดีต่อสุขภาพเมื่อเลิกดื่ม” มีคนรับฟังทุกครั้งที่ต้องการจะบอกเล่าเกี่ยวกับการดื่มสุรา **วิธีการรักษา** ให้ก้าวสู่ระยะต่อไป คือ ให้ผู้ป่วยเรียนรู้ถึงชีวิตใหม่ที่ไม่เป็นทาสสุรา และการป้องกันไม่ให้เกิดกลับไปดื่มอีก

ระยะที่ 5 “อยู่ตัว” คือ ผู้ติดสุราสามารถหยุดดื่มได้นานอย่างน้อย 6 เดือน กระบวนการเปลี่ยนแปลงเน้นใช้วิธีการอื่นแทนการดื่มสุราเพื่อผ่อนคลายความเครียด และวิธีการปรับตัวอื่นๆ ผู้ป่วยต้องมีความอดทนและไม่ควรประมาท ต้องหมั่นป้องกันการกลับไปติดสุราซ้ำอีก

ระยะที่ 6 กลับไปดื่มซ้ำ คือ ผู้ป่วยที่หยุดได้ชั่วคราวแต่กลับไปดื่มใหม่อีกภายใน 1 ปี กระบวนการเปลี่ยนแปลงตนเองยังคงใช้การตระหนักรู้ การควบคุมสิ่งเร้า และความสัมพันธ์ที่เกื้อหนุนจะช่วยให้ผู้ป่วยบางคนสามารถหยุดดื่มได้อีก



ระยะที่ 7 “หยุดถาวร” ขั้นตอนนี้จะไม่มีความต้องการดื่มสุราอีกเลย และมีความรู้สึกแบบสัจจตามธรรมชาติว่า สุราเป็นของแปลกปลอม ไม่ใช่สิ่งควรสัมผัส หรือแตะต้องอีก

ถ้าผู้รักษาเข้าใจกระบวนการนี้เป็นอย่างดีจะเห็นแนวทางการรักษาผู้ป่วยในระยะต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะการใช้การปรึกษาระยะสั้น (brief intervention) หรือวิธีการสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) และการสอนทักษะต่างๆ กับผู้ที่ดื่มสุราแบบอันตรายก่อนจะเริ่มเข้าสู่ภาวะติดสุรา ด้วยการค้นหาผู้ดื่มสุราแบบอันตราย แล้วปรับพฤติกรรมการดื่มโดยใช้หลักการให้เขาตระหนักรู้และพร้อมที่จะแก้ไขตนเอง ร่วมกับการฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่ม

ขั้นตอนที่ 4 ชักชวน และให้กำลังใจให้ปรับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ บุคคลที่มีความผิดปกติของการใช้แอลกอฮอล์มักไม่ต้องการเปลี่ยนแปลง บุคคลนั้นอาจอยู่ในช่วงต่อไปนี้

1. บุคคลนั้นเห็นว่าไม่จำเป็นต้องเปลี่ยน
2. บุคคลนั้นทราบถึงข้อดีข้อเสียของการใช้แอลกอฮอล์แต่ไม่แน่ใจว่าเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลง
3. บุคคลพร้อมจะเปลี่ยนแปลง
4. บุคคลพยายามเปลี่ยนแปลงและหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่กระตุ้นการดื่มสุราและการใช้แอลกอฮอล์
5. บุคคลนั้นได้เปลี่ยนแปลงแล้วและกำลังกระทำเพื่อป้องกันตนเองไม่ให้กลับไปดื่มอีก

ครอบครัวและเพื่อน ครอบครัวและเพื่อนเป็นผู้สนับสนุนที่สำคัญของผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มหรือติดสุรา และสามารถช่วยบุคคลนั้นไปพบผู้เชี่ยวชาญ นอกจากนี้ยังช่วยลดการกลับไปดื่มซ้ำหลังจากเลิกดื่มสุราแล้ว ไม่ให้กลับไปดื่มอีกเมื่อรู้สึกไม่สบายใจ โดยการให้ความรู้ และการทำครอบครัวบำบัด

การให้ความรู้เรื่องโรคติดสุราแก่ครอบครัวและครอบครัวบำบัด (family psycho-education and family therapy) เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวเข้าใจ ให้กำลังใจ และหมั่นสำรวจติดตาม ป้องปรามการกลับไปดื่มสุราอีก ช่วยให้สมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วยต่างรู้บทบาทหน้าที่ของตน สื่อสารกันอย่างเหมาะสม มีความสัมพันธ์กันดี การสัมภาษณ์ครอบครัวทำได้ 3 รูปแบบ 1) การดึงสมาชิกในครอบครัวเข้าและร่วมการบำบัด 2) การนำสมาชิกในครอบครัวและญาติมาบำบัด 3) การบำบัดเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัว ในสิทธิของตน (50)

ขั้นตอนที่ 5 ให้กำลังใจในการช่วยเหลือตนเอง

มีงานวิจัยและมีหนังสือหลายเล่มเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ที่ใช้แอลกอฮอล์ กลุ่มช่วยเหลือกันเอง ก็จะเป็นกลุ่มที่จะช่วยให้ผู้ติดสุราสามารถลดละเลิกดื่มสุราหรือแอลกอฮอล์ได้ เช่น กลุ่มติดสุราเรื้อรัง นรินาม (กลุ่มเอเอ)



ผู้ติดสุราเรื้อรังนิรนาม หรือกลุ่ม AA (alcoholic anonymous)

เป็นการรวมกลุ่มของผู้ติดสุรา เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการหยุดดื่มสุราโดยมีแนวคิดว่าการติดสุราเป็นโรคทางกายชนิดหนึ่ง (disease concept) ไม่ใช่เป็นความอ่อนแอของจิตใจ สมาชิกจะหยุดเมื่อไรก็ได้ จะเข้ากลุ่มที่ไหนเมื่อไรก็ได้ตามความสมัครใจ ไม่เสียค่าใช้จ่าย ขอให้มีความปรารถนาที่จะหยุดดื่มสุรานั้น ไม่มีการตำหนิติเตียน มีแต่การให้กำลังใจและช่วยเหลือกันเพื่อหยุดดื่มสุราให้จงได้ ไม่เกี่ยวข้องกับศาสนา การเมือง หรือองค์กรทางสังคม ไม่ได้รับทุนสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐบาลหรือองค์กรใดๆ ทั้งสิ้น กลุ่มจะปฏิบัติตามหลักการหรือบันได 12 ขั้นตอน ซึ่งเป็นวิธีการที่จะช่วยให้สมาชิกปลอดจากการดื่มสุราโดย “ไม่แตะสุราช่วง 24 ชั่วโมงนี้” และเป็นขั้นตอนในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดสุราของสมาชิก เน้นให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

การปฏิบัติตัวของสมาชิกกลุ่ม AA มีดังนี้

- ขั้นที่ 1 เชื่อว่าสุรามีอำนาจ และตัวเองไม่สามารถเอาชนะอำนาจนี้ได้
- ขั้นที่ 2 ยอมขอความช่วยเหลือ
- ขั้นที่ 3 ยอมให้ผู้ที่มีความสามารถมากกว่าช่วยเหลือ มีการติดต่อคนอื่นและสร้างสัมพันธภาพ
- ขั้นที่ 4 ทบทวนเรื่องราวผิดพลาดในอดีต
- ขั้นที่ 5 ยอมรับและเปิดเผยความผิดต่อผู้ที่ไว้ใจ สิ่งที่เราเชื่อมั่น
- ขั้นที่ 6 พร้อมที่จะให้สิ่งที่เราเชื่อมั่นซัดนิสัยที่ไม่น่าพอใจของเรา
- ขั้นที่ 7 ยินยอมให้สิ่งที่เราเชื่อมั่นช่วยซัดนิสัยที่ไม่น่าพอใจของเรา
- ขั้นที่ 8 อ่อนน้อมให้สิ่งที่เราเชื่อมั่น ช่วยให้มีกำลังใจที่จะแก้ไขนิสัยและความผิดพลาด
- ขั้นที่ 9 เขียนรายชื่อบุคคลที่เราเคยทำร้ายแล้วเข้าไปขอโทษและขอให้อภัย
- ขั้นที่ 10 เขียนรายชื่อผู้ที่เราเคยทำร้ายอย่างต่อเนื่อง และเมื่อเราทำผิดอีก เราจะยอมรับโดยดี
- ขั้นที่ 11 พยายามที่จะสวดมนต์อ่อนน้อมต่อสิ่งที่เราเชื่อมั่น เพื่อให้เรารู้สึกเข้มแข็งและมีสิ่งยึดเหนี่ยว
- ขั้นที่ 12 พยายามนำประสบการณ์เหล่านี้ไปบอกผู้ที่ยังทนทุกข์อย่างเรา เมื่อเราได้พบจุดที่สงบและมั่นคงด้วยตัวเองแล้ว



การเข้าร่วมประชุมเอเออย่างสม่ำเสมอ การได้พูดคุยกับผู้สนับสนุนกลุ่ม การอ่านบทความของเอเอ การหาเพื่อนสมาชิกเพื่อสร้างกำลังใจ ความพยายามขอคำแนะนำจากแหล่งเอเอ จะช่วยผู้ป่วยในเรื่องความสามารถในการควบคุมตนเอง และความสามารถในการปรับความคิดและพฤติกรรม แต่การประเมินความเสี่ยงจากการดื่มสุรา (ผลเสียถ้าหากยังดื่มต่อ และผลดีที่จะกลับคืนถ้าหากหยุดดื่ม) ส่วนความมุ่งมั่นตั้งใจและเชื่อว่าตนจะเลิกดื่มสุราได้อย่างเด็ดขาดนั้นเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย (51) อย่างไรก็ตามผู้ที่เข้าร่วมกลุ่มเอเออย่างสม่ำเสมอจะเลิกดื่มได้ และกลับไปดื่มซ้ำน้อยกว่าผู้ที่ไม่เข้าร่วมกลุ่มเอเอ

ในประเทศไทยขณะนี้มียุทธศาสตร์ 12 กลุ่ม ส่วนมากอยู่ในกรุงเทพฯ และเมืองใหญ่ ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพได้มีการขับเคลื่อนให้เกิดเครือข่ายกลุ่มผู้ติดสุรานิรนามให้ริเริ่มได้ง่ายขึ้น เช่น โครงการพัฒนาเครือข่ายผู้ติดสุรานิรนามของศูนย์บำบัดยาเสพติดขอนแก่น และโครงการพัฒนากลุ่มผู้ติดสุราในสถานพยาบาลของกลุ่มเอเอ การดำเนินงานโดยการทดลองทำกลุ่มกิจกรรมในสถานพยาบาล และการพัฒนาเครือข่ายที่ต้องอาศัยหลักวิชาการสากล การถอดบทเรียน การวิเคราะห์และการสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้ได้องค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับกลุ่มผู้ติดสุรานิรนามที่เหมาะสมกับบริบทของไทย (52)

หมายเหตุ : รายละเอียดเพิ่มเติมศึกษาได้จาก “การทบทวนองค์ความรู้ เรื่องจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดสุรา” เรียบเรียงโดย พ.อ. นพ.พิชัย แสงชาญชัย พิมพ์และเผยแพร่โดย ผรส.

ข้อเสนอแนะ

การช่วยเหลือเบื้องต้นหรือการปฐมพยาบาลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราเป็นเรื่องใหม่ เรื่องนี้ได้เริ่มต้นในประเทศออสเตรเลีย และมีการเผยแพร่ไปยังประเทศต่างๆ หลายประเทศ เช่น ฟินแลนด์ สิงคโปร์ เวียดนาม อังกฤษ เป็นต้น ส่วนในประเทศไทยนั้นเพิ่งเริ่มมีการอบรมเรื่องการปฐมพยาบาลด้านสุขภาพจิตเมื่อไม่นานมานี้ และยังไม่ได้เริ่มทดลองใช้ และเพื่อเป็นแนวทางการช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราที่เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย อาจจำเป็นต้องสำรวจความต้องการในเรื่องนี้ และอาจจะต้องจัดทำการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาคู่มือการปฐมพยาบาลด้านสุขภาพจิตในรูปแบบ delphi study นอกจากนี้ การมีกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกันในชุมชน จะเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราสามารถ ลด ละ เลิก ดื่มสุราได้ในระยะยาว แต่รูปแบบของกลุ่มติดสุราเรื้อรังนิรนามอาจจำเป็นต้องปรับให้เหมาะสมกับคนไทยและบริบทของสังคมไทย การรณรงค์หยุดดื่มในเทศกาล หรือวันสำคัญทางศาสนา ก็จะเป็นรูปแบบหนึ่งที่ได้ผลดีในบริบทสังคมไทย

เอกสารอ้างอิง

1. บัณฑิต ศรไพศาล, จุฑาภรณ์ แก้วมุงคุณ, กมลลา วัฒนพร, ไศภิต นาสืบ, แววดาว พิมพ์พันธ์ดี, กัณณพนธ์ ภัคดีเศรษฐกุล. รายงานสถานการณ์สุรา ประจำปี พ.ศ.2551. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2551.
2. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. สถิติแอลกอฮอล์ในประเทศไทย. เข้าถึงได้ที่: [http:// www.cas.or.th index.php?content=statistic &location=1&category=2&if=6](http://www.cas.or.th/index.php?content=statistic&location=1&category=2&if=6). [7 พฤษภาคม 2552]
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การนำเสนอข้อมูลจากผลการสำรวจการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ปี พ.ศ.2550. เข้าถึงได้ที่ http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/survey/smokeExe_50.pdf. [2 พฤษภาคม 2552]
4. รจนา เนตรแสงทิพย์. การสำรวจพฤติกรรมการดื่มสุราของประชากรไทย พ.ศ.2550. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุราระดับชาติ ครั้งที่ 4 เรื่อง ยุติวิกฤติปัญหาสุรา...ด้วยกฎหมาย; 26-27 พฤศจิกายน 2551; ณ โรงแรมริชมอนด์. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2551; หน้า 43.
5. สวัสดิ์ อัมมณังค์กรชัย. แบบแผนการดื่มสุราของคนไทย: ผลการสำรวจครัวเรือนในโครงการประมาณการจำนวนผู้เกี่ยวข้องกับสุราและสารเสพติด ปี พ.ศ.2550. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุราระดับชาติ ครั้งที่ 4 เรื่อง ยุติวิกฤติปัญหาสุรา...ด้วยกฎหมาย; 26-27 พฤศจิกายน 2551; ณ โรงแรมริชมอนด์. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2551; หน้า 41-2.
6. สวัสดิ์ อัมมณังค์กรชัย, อนินชา หมักทอง, ฤนอมศรี อินทนนท์. รายงานผลโครงการวิจัย เรื่องการเฝ้าระวังพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2551.
7. National Health and Medical Council. Australian alcohol guidelines: Health risk and benefits. NHMRC: Canberra; 2001.
8. Cargiulo T. Understanding the health impact of alcohol dependence. Am J Health Syst Pharm 2007;64 (5 Suppl 3):S5-11
9. Coulton S, Watson J, Bland M, Drummond C, Kaner E, Godfrey C, Hassey A, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of opportunistic screening and stepped care interventions for older hazardous alcohol users in primary care (AESOPS) - a randomised control trial protocol. BMC Health Serv Res. 2008;12(8):129
10. Rehm J, Room R, Graham K, Monteiro M, Gmel G, Semplos CT. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. Addiction 2003;98(9):1209-28.
11. Wells S, Speechley M, Kovel JJ, Graham K. Gender differences in the relationship between heavy episodic drinking, social roles, and alcohol-related aggression in a U.S. sample of late adolescent and young adult drinkers. Am J Drug Alcohol Abuse 2007;33(1):21-9.
12. World Health Organization, SEARO. Frequently asked questions about alcohol use. Available from URL: http://www.searo.who.int/LinkFiles/Alcohol_and_Substance_abuse_ACS4-FAQ.pdf [2009 Mar 9]
13. Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Edlund MJ, Frank RG, Leaf PJ. The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization. Am Orthopsychiatry 1996;66:17-31.
14. Zimmerman P, Wittchen HW, Hofler M, Pfister H, Kessler RC, Lieb R. Primary anxiety disorders and the development of subsequent alcohol use disorders: a 4-year community study of adolescents and young adults. Psycho Med 2003;33:1211-22.

15. Thomas SE, Randell CI, Carrigan MH. Drinking to cope in socially anxious individuals: a controlled study. *Addict Biol* 2003;8:455-62.
16. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlations, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64(7):830-42.
17. Degenhardt L, Hall W, Lynskey M. Alcohol, cannabis and tobacco use among Australians: a comparative of their associations with other drug use and use disorders, affective and anxiety disorders, and psychosis. *Addiction* 2001;96:1603-14.
18. Haynes JC, Farrell M, Singleton N, Meltzer H, Lewis RAG, Wiles NJ. Alcohol consumption as a risk factor for anxiety and depression: Results from the longitudinal follow-up of the National Psychiatric Morbidity Survey. *Br J Psychiatry* 2005;187:544-51.
19. พูนศรี รังษิณี, นิรมล พัจนสุนทร, ทศวัน สนั่นเอื้อ. ความชุกของโรคซึมเศร้าในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคติดสุราที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2549;51(3):14-24.
20. สรยุทธ วาลิกนันนท์. การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเวชร่วมกับโรคติดสุรา. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2546;49(1):43-57.
21. Thasem E, Salloum IM, Cornelius JD. Comorbid alcoholism and depression: treatment issues. *J Clin Psychiatry* 2001;62 Suppl 20:32-41.
22. วิชัย ไปษยะจินดา, วิภา ด้านธำรงกุล, อุษณีย์ ฟังปาน, อาภา ศิริวงศ์, ณ อยุธยา, นิตยา กัทลีระพันธ์, รัตนา จารุเบญจ, กอบกุล สมัคคี, อังกาบ กอศรีพร และคณะ. โครงการศึกษาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อหามาตรการทางเลือกป้องกันแก้ไข. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์; 2542.
23. Clark DB. The natural history of adolescent alcohol use disorders. *Addiction* 2004;99 Suppl 2:5-22.
24. Gorwood P. Contribution of genetics to the concept of risk status for alcohol dependence. *J Soc Biol.* 2000;194(1):43-9.
25. Proudfoot H, Teesson M. Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. Who seeks treatment for alcohol dependence? Finding from the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002;37(10):451-6.
26. Donovan D, Mattson ME, Cisler RA, Longabaugh R, Zweben A. Quality of life as an outcome measure in alcoholism treatment research. *J Stud Alcohol Suppl* 2005;(15):119-39.
27. Ketchener B, Jorm A. Mental health first aids manual. Victoria (Australia): OORRYGEN Research Center, University of Melbourne; 2005.
28. Navy 34 Board. การปฐมพยาบาลเบื้องต้น. เข้าถึงได้ที่ <http://www.navy34.com/board342550/index.php?topic=826.0> [28 มีนาคม 2552]
29. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Text rev. Washington, DC: APA Press; 2000.
30. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. การปฐมพยาบาล. เข้าถึงได้ที่: <http://www.swu.ac.th/journal/swuvision/v1n3/article07.htm> [30 เมษายน 2552]
31. Kelly CM, Jorm AF, Kitchener BA, Robyn L, Langlands RL. Development of mental health first aid guidelines for suicidal ideation and behaviour: A Delphi study. *BMC Psychiatry* 2008;8(17):8-17.

32. สวัสดิ์ อัมมฉัตรชัย, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. รายงานการทบทวนองค์ความรู้เรื่องมาตรการในการป้องกันและแก้ไข ปัญหาจากแอลกอฮอล์. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2543.
33. American Psychiatric Association. Practice guideline for treatment of psychiatric disorders compendium. Treatment alcohol-related disorders. Virginia: American Psychiatric Press; 2006: p. 377-91.
34. Brown TM, Boyle MF. ABC of psychological medicine: delirium. BMJ 2002;(325):644-47.
35. Ntais C, Pakos E, Kyzas P, Ioannidis JP. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. Cochrane Database Syst Rev 2005;20(3):CD005063.
36. Denis C, Fatseas M, Lavie E, Auriacombe M. Pharmacological interventions for benzodiazepine mono-dependence management in outpatient settings. Cochrane Database Syst Rev. 2006;3:CD005194.
37. อรวรรณ ศิลปกิจ. การบำบัดอาการถอนพิษสุรา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2550;15(3):155-61.
38. อังกูร ภัทรกร. ผลการรักษา zuclopenthixol accuphase กับ haloperidol และdiazepam ในการรักษาอาการถอนพิษสุรา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2550;15(3):162-9.
39. World Health Organization. The ICD 10 classification of mental and behavioral disorders: Diagnostic criteria for research. Geneva: WHO; 1993.
40. Assanangkornchai S, Srisurapanont M. The treatment of alcohol dependence. Curr Opin Psychiatry. 2007;20(3):222-7.
41. Mason BJ. Acamprosate in the treatment of alcohol dependence. Expert opin Pharmacother 2005;6(12):2103-15.
42. Carroll KM, Nich C, Ball SA, McCance E, Rounsaville BJ. Treatment of cocaine and alcohol dependence with psychotherapy and disulfiram. Addiction. 1998;93:713-27.
43. อัจฉรา ฟองคำ, นิศานาถ โชคเกิด, ชไมพร ทวีขศรี, ชัยนรินทร์ ปรุหมานนท์. ผลของการให้การปรึกษาแบบระยะสั้นในการบำบัดผู้ติดสุราและลักษณะที่มีผลต่อความสำเร็จในการบำบัด. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2546;49(1): 15-26.
44. วิวัฒน์ เสงชัยยง, อัจฉรา ฟองคำ, นิศานาถ โชคเกิด. การศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบสั้นต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยในที่ติดสุราในระดับผดึกดึกติ โรงพยาบาลลำพูน. วารสารกรรมการแพทย์ 2543;2587-95.
45. สายรัตน์ นกน้อย, พิชัย แสงชาญชัย, อุษา ตันติแพทยางกูร, งาม รังสินธุ์. รายงานการวิจัย เรื่องประสิทธิผลของการให้คำปรึกษากับผู้มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจในหน่วยบริการปฐมภูมิ. 2547.
46. สุนทรี ศรีโกไสย, ภัทรภรณ์ พงษ์คำ, ชาลินี สุวรรณยศ. ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่รับบริการโรงพยาบาลสวนปรง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2549;51(2):25-35.
47. รัตนา สายพานิชย์, รุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, ชัชวาลย์ ศิลปกิจ, อัญชลี จมพญาภิกร, อุไร บุรณพิเชษฐ์, เพียงใจ ทองพวง. เปรียบเทียบประสิทธิภาพของการรักษาด้วยกลุ่มบำบัดรูปแบบ Matix program ในผู้ป่วยติดสุรากับผู้ป่วยติดแอมเฟตามีน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2546;49(1):3-13.
48. ชัชวาลย์ ศิลปกิจ, รุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย. การใช้กลุ่มบำบัดแบบ Matrix model ในผู้ป่วยติดสุรา: ติดตามผล 2 ปี. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2550;15(3):171-8.

49. Darunee Phukao, John B Saunder, Frank T Varghese. Updating the process and pathways involved in drinking behavioral changes and the psychosocial treatment of alcohol use disorders. J Psyghiatr Assoc Thailand 2003;49(1):27-41.
50. Copello AG, Velleman RD, Templeton LJ. Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. Drug alcohol Rev 2005;24(4):369-85.
51. Morgenstern J, Labouvie E, McCrady BS, Kahler CW, Prey RM. Affiliation with Alcoholic Anonymous after treatment: A study of its therapeutic effects and mechanisms of action. J Cons Clin Psychol 1997;65:768-77.
52. พิชัย แสงชาญชัย. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุราระดับชาติ ครั้งที่ 4 เรื่อง ยุติวิถีปฏิบัติปัญหาสุรา...ด้วยกฎหมาย; 26-27 พฤศจิกายน 2551; ณ โรงแรมริชมอนด์. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2551;หน้า 41-2.



First Aids for People with Alcoholic Problems

แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษา ผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (พรส.)

ชั้น 2 อาคารจิตสันติ โรงพยาบาลสวนปรุง
เลขที่ 131 ถ.ช่างหล่อ ต.ทาสยา อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50100
โทรศัพท์ 053-280228 ต่อ 236, 525
โทรสาร 053-273201
www.i-mapthailand.org