

ความเชื่อมั่นของการใช้แบบประเมิน CIWA-Ar ของบุคลากร  
พยาบาลในโรงพยาบาลสวนปรุง เชียงใหม่

**Inter-Rater Reliability of CIWA-Ar Scale Use by Nursing  
Staff in Suanprung Hospital Chiangmai**

พรทิพย์ ธรรมวงศ์  
อัญชลี ดำรงไชย

โรงพยาบาลสวนปรุง  
กรมสุขภาพจิต  
กระทรวงสาธารณสุข

**ภาคผนวก**

## กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยพรสนับสนุน ให้คำปรึกษาจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง และหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ขอขอบคุณศูนย์คุณภาพที่สนับสนุนและให้ทุนในการศึกษาวิจัย ขอขอบคุณหัวหน้าหอผู้ป่วยฝ่ายคำ จิระ ปัญญา สหทัย และบุคลากรพยาบาลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี รวมทั้งขอขอบคุณพี่ๆ น้องๆ ทีมฝ่ายคำทุกท่านที่เป็นกำลังใจ สนับสนุนและให้ความร่วมมือด้วยดีเสมอมา

คณะผู้วิจัย

## บทคัดย่อ

ผู้ที่ติดเชื้อเมื่อหยุดหรือลดปริมาณการดื่มลงส่งผลให้เกิดอาการถอนพิษสุรา บุคลากรพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการป้องกันและเฝ้าระวังไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะถอนพิษสุราที่รุนแรง โดยใช้แบบประเมิน CIWA-Ar เพื่อช่วยในการประเมินรวบรวมข้อมูลและวางแผนให้การพยาบาลอย่างเหมาะสม บุคลากรพยาบาลในโรงพยาบาลสวนปรุงที่ผ่านการฝึกอบรมการใช้แบบประเมินจึงจำเป็นต้องมีการฝึกทักษะและหาความเชื่อมั่นของการใช้แบบประเมินเปรียบเทียบกับผู้ประเมินมาตรฐาน

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความเชื่อมั่น (Inter-rater reliability) ของการใช้แบบประเมิน CIWA-Ar ของบุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ให้บริการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มสุรา กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรพยาบาลของโรงพยาบาลสวนปรุงซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ให้บริการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มสุรา จำนวน 4 หอผู้ป่วย รวม 43 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมิน CIWA-Ar และใช้สื่อวิดีโอทัศน์การประเมิน CIWA-Ar ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มสุราในระยะถอนพิษสุรา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และหาความเชื่อมั่นเป็นรายข้อ (Inter-rater reliability) โดยใช้สูตรคำนวณความเชื่อมั่น จากการศึกษาสังเกต

### ผลการศึกษาสรุปว่า

1. คะแนนของการใช้แบบประเมิน CIWA-Ar ของบุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ที่ให้บริการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มสุราสัมพันธ์กับผู้ประเมินมาตรฐาน ( $p < .01$ )
2. ค่าความเชื่อมั่นจากการสังเกตจำแนกเป็นรายข้อพบว่า ค่าความเชื่อมั่นในระดับสูงมาก (.90-1.00) คือ หัวข้ออาการคลื่นไส้ อาเจียน 0.94 หัวข้อที่มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง (.70-.90) คือ การรับสัมผัสผิปกติ 0.72 อาการปวดหัว มึนตึ๋ม 0.78 และการรับรู้เรื่องเวลา สถานที่ บุคคล 0.89 ส่วนหัวข้อที่มีค่าความเชื่อมั่นต่ำมาก (.00-.30) คือ การรับรู้ทางเสียงผิปกติ 0.17

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการฝึกอบรมการใช้แบบประเมิน CIWA-Ar แก่บุคลากรพยาบาลช่วยเพิ่มสมรรถนะพยาบาลในการประเมินอาการถอนพิษสุรา และควรเปรียบเทียบค่าคะแนนการประเมิน CIWA-Ar กับผู้ประเมินมาตรฐานเพื่อความแม่นยำตรง

## Abstract

Alcohol dependent patient may have alcohol withdrawal syndrome after reduction or cessation of alcohol use. Nursing staff have a role to monitor and prevent the severity of alcohol withdrawal by using the CIWA-Ar scale to objectively assessed and supportive care.

Nurses in Suanprung Hospital were educated how to administer the scale to patient and inter-raters reliability is need to be train and compare to gold standard.

The purpose of this study was to be assess inter-rater reliability of CIWA-Ar scale use by nursing staff in alcohol ward. The sample were 43 nursing staff in 4 alcohol ward, reaserch tools were the CIWA-Ar scale and alcohol withdrawal case (VCD). The data were analyzed by Pearson's correlation coefficient and Item inter-rater reliability.

The results were as follows

1. The score of CIWA-Ar scale use by Nursing staff were correlated to gold standard ( $p < .01$ )
2. Item inter-rater reliability found that highest level (.90-1.00) is nausea vomiting 0.94, high level (.70-.90) is Tactile disturbances 0.72 Headach 0.78 Orientation and clouding of sensorium 0.89, low level (.00-.30) is Auditory Disturbances 0.17

The result of this study suggest that training CIWA-Ar scale for nursing staff could improve the competency to assess withdrawal syndrome. The scale was also valid when compare to gold standard.

## สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	จ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	2
ขอบเขตของการวิจัย	3
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	3
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	4
ผลของแอลกอฮอล์ที่มีต่อร่างกาย	4
สาเหตุพยาธิสรีระวิทยาของการขาดสุราและอาการถอนพิษสุรา	5
เกณฑ์วินิจฉัยโรคผู้ที่มีอาการถอนพิษจากสุรา	7
แบบประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา	11
การหาความเชื่อมั่นของการใช้แบบประเมิน	14
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	16
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	16
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	16
การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล	17
การวิเคราะห์ข้อมูล	17
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและอภิปรายผล	18
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	18
การอภิปรายผล	24
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	26
สรุปผลการวิจัย	26
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	26
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	26
เอกสารอ้างอิง	27

ภาคผนวก	29
ประวัติผู้วิจัย	31

### สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา	19
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประสบการณ์การดูแล บำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มสุราแบบผู้ป่วยใน	20
3	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างคะแนนการประเมินCIWA-Ar ของบุคลากรพยาบาลและผู้ประเมินมาตรฐานโดยรวมและแยกตาม หอผู้ป่วย	21
4	ความเชื่อมั่นของการใช้แบบประเมินCIWA-Ar ของบุคลากรพยาบาล แยกเป็นรายข้อ โดยรวม	22
5	ความเชื่อมั่นของการใช้แบบประเมินCIWA-Ar ของบุคลากรพยาบาล รายข้อ แยกตามหอผู้ป่วย	23

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันปัญหาการดื่มสุราในประชากรไทยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เมื่อเทียบปริมาณการดื่มกับประเทศอื่นทั่วโลกพบว่า ประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 0 ในปี พ.ศ. 2544 (WHO, 2004 อ้างใน พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, 2553) จากการสำรวจประชากรในครัวเรือนทั่วประเทศ อายุ 16-65 ปี พบว่า ร้อยละ 28.4 ดื่มสุรารายวัน 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 22.7 ดื่มสุรารายวัน 30 วันที่ผ่านมา และผู้ชายดื่มมากกว่าผู้หญิง 6 เท่า (คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด, 2550) การดื่มสุราส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย จิต และต่อสังคมแตกต่างกันขึ้นกับลักษณะการดื่มและปริมาณการดื่ม มีผู้ติดสุราจำนวนมากที่มีความจำเป็นต้องรับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลกสอติผู้รับบริการแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนปรุง ปีงบประมาณ 2552 มีผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มสุราจำนวน 1,706 คน คิดเป็นร้อยละ 25 ของผู้ป่วยในที่มารับบริการทั้งหมด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ติดสุราที่มีความจำเป็นต้องรับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากมีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะถอนพิษสุราระดับรุนแรงซึ่งเป็นอาการที่เกิดขึ้นเมื่อหยุดดื่มหรือลดปริมาณการดื่มลงส่งผลให้การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติเพิ่มมากขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้น เหงื่อออก หายใจเร็ว ความดันโลหิตเพิ่มมากขึ้น มือสั่น คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ วิตกกังวล อาจมีอาการประสาทหลอน มีอาการชักในบางราย สับสนเรื่องเวลา สถานที่ บุคคล ถ้าไม่ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องรวดเร็วอาจทำให้เสียชีวิตได้ (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2542) ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินความเสี่ยงและความรุนแรงของอาการขาดสุราตั้งแต่แรกเริ่มมีอาการ และให้การรักษาอย่างเหมาะสม ทันทีทั้งที่จึงจะสามารถป้องกันการเกิดภาวะถอนพิษสุราได้ แนวทางการรักษาอาการขาดสุราจะเน้นการประเมินอาการขาดสุราป้องกันภาวะแทรกซ้อนและให้ยาสงบอาการซึ่งเป็นยาในกลุ่ม Benzodiazepine รวมทั้งเฝ้าระวังอาการข้างเคียงต่าง ๆ อย่างใกล้ชิด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยผ่านพ้นช่วงการเกิดภาวะถอนพิษสุรได้อย่างปลอดภัย

บุคลากรพยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันและเฝ้าระวังไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะถอนพิษสุราที่รุนแรง เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องมีบุคลากรสับเปลี่ยนหมุนเวียนกันในการปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องใช้เครื่องมือหรือแบบประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุราที่สามารถใช้ประเมินร่วมกันและมีค่าคะแนนระหว่างผู้ประเมิน

อยู่ในระดับที่ยอมรับได้เป็นมาตรฐานเพื่อช่วยในการวางแผนและตัดสินใจให้การบำบัดรักษาได้อย่างเหมาะสม ซึ่งแบบประเมินอาการถอนพิษสุราที่ได้รับความนิยมแพร่หลาย ง่าย และสะดวกต่อการนำไปใช้ ไม่ยุ่งยาก รวดเร็วเพราะมีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ และเป็นแบบประเมินที่เป็นมาตรฐานได้รับการยอมรับคือ แบบประเมิน The revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar) (Sullivan et.al,1989) คณะเนนจากการประเมินสามารถช่วยในการตัดสินใจเพื่อให้ยา Benzodiazepine ในการช่วยเหลือนผู้ป่วยในระยะถอนพิษสุราได้อย่างเหมาะสมส่งผลให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็วและปลอดภัย (Nuss et.al,2004) การใช้เครื่องมือเหล่านี้ ควรมีการฝึกอบรมและมีการทดสอบความสามารถในการประเมินให้ใกล้เคียงกับมาตรฐาน (inter-rater) ควรประเมินตั้งแต่แรกเริ่มและประเมินเป็นระยะตามความจำเป็น แต่คณะเนนจากการประเมินอาจผิดพลาดได้กรณีมีภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นจึงต้องอาศัยการตัดสินใจทางคลินิกและการสังเกตร่วมด้วย

โรงพยาบาลสวนปรุง เชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลจิตเวชที่ให้การบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มสุรา ในเขต 13 จังหวัดภาคเหนือ เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพบุคลากรพยาบาลในการใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุราโดยใช้แบบประเมิน CIWA-Ar ได้มีการอบรมการใช้แบบประเมิน CIWA-Ar ให้แก่บุคลากรเพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติงานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 เป็นต้นมา และมีการอบรมทบทวนอย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ ดังนั้นเพื่อเป็นการติดตามประเมินผลทักษะของบุคลากรในการใช้แบบประเมินให้แม่นยำตรงเป็นมาตรฐานมีการให้คณะเนนใกล้เคียงกันจึงมีการศึกษาหาความเชื่อมั่น (Inter-rater reliability) ของการใช้แบบประเมิน CIWA-Ar ระหว่างผู้ใช้แบบประเมิน (raters) และผู้ประเมินมาตรฐาน (gold standard) ในหอผู้ป่วยที่ให้บริการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มสุรา ซึ่งสามารถช่วยให้บุคลากรเกิดความมั่นใจในการใช้แบบประเมินอาการถอนพิษสุรา (CIWA-Ar) ในการวางแผนให้การบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มสุราได้อย่างเหมาะสมต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อหาความเชื่อมั่น (Inter-rater reliability) ของการใช้แบบประเมิน The revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar) ฉบับภาษาไทย ของบุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ให้บริการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มสุรา

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาหาความเชื่อมั่นของการใช้แบบประเมิน CIWA-Ar ของบุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ให้บริการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง เชียงใหม่ เดือนพฤษภาคม 2553 จำนวน 43 คน

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ความเชื่อมั่นของการใช้แบบประเมิน** หมายถึง การหาความคงที่ของการใช้เครื่องมือประเมินอาการถอนพิษสุรา (CIWA-Ar) โดยมีผู้ประเมินหลายคน (raters) นำเครื่องมือไปใช้ในการประเมินผู้ป่วยที่เป็นกรณีศึกษา และนำผลที่ได้มาทดสอบว่าตรงกันกับผู้ประเมินมาตรฐาน (gold standard) มากน้อยเพียงใด ผลจากการประเมินถ้าใกล้เคียงกันมากก็ถือว่ามีความเชื่อมั่นในการใช้เครื่องมือสูง ผลที่ได้ ถือว่าถูกต้องและเชื่อถือได้

**แบบประเมินความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา CIWA-Ar** (The revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale) หมายถึง แบบประเมินอาการถอนพิษสุราที่มีข้อคำถาม 10 ข้อ รายละเอียดการประเมินประกอบไปด้วยอาการ คลื่นไส้ อาเจียน มือสั่น เหงื่อออก วิตกกังวล กระสับกระส่าย ความผิดปกติด้านการสัมผัส ความผิดปกติด้านการได้ยินเสียง ความผิดปกติด้านการมองเห็นภาพ อาการปวดศีรษะ และความผิดปกติด้านการรับรู้ เวลา สถานที่ บุคคล โดยมีกรให้คะแนนในแต่ละข้อคำถาม ตั้งแต่ 0-7 คะแนน ยกเว้นความผิดปกติด้านการรับรู้ เวลา สถานที่ บุคคล มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-4 คะแนน โดยคะแนนรวมสูงสุดคือ 67 ถ้าคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 มีอาการถอนพิษสุราระดับเล็กน้อย คะแนน 15-18 ถือว่ามีอาการถอนพิษสุราระดับปานกลาง ถ้าคะแนนมากกว่า 19 คะแนนถือว่ามมีอาการถอนพิษสุรารุนแรง

**บุคลากรพยาบาลในโรงพยาบาลสวนปรุง** หมายถึง บุคลากรพยาบาลของโรงพยาบาล สวนปรุงที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ให้บริการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มสุรา จำนวน 4 หอผู้ป่วยมีบุคลากรรวมทั้งหมด 43 คน

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในข้อดังต่อไปนี้

1. ผลของแอลกอฮอล์ที่มีต่อร่างกาย
  - สาเหตุพยาธิสรีระทางวิทยาของการขาดสุราและอาการถอนพิษจากสุรา
  - เกณฑ์การวินิจฉัยโรคผู้ที่มีอาการถอนพิษจากสุรา
  - การประเมินอาการขาดสุรา
  - การแบ่งระดับความรุนแรงของอาการขาดสุรา
  - การรักษาอาการขาดสุรา
2. แบบประเมินความรุนแรงของอาการถอนสุรา The revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. การหาค่าความเชื่อมั่นของการใช้แบบประเมิน

#### ผลของแอลกอฮอล์ที่มีต่อร่างกาย

ผลของแอลกอฮอล์ที่มีต่อร่างกาย ขึ้นกับปริมาณของแอลกอฮอล์ในเลือด หรือที่เรียกว่า BAC (blood alcohol concentration) ซึ่งระดับ BAC จะขึ้นกับอาหารในกระเพาะอาหาร ความเร็วในการดื่มแอลกอฮอล์ ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ ส่วนประกอบของไขมัน น้ำย่อยที่ทำลายแอลกอฮอล์ในร่างกายของแต่ละคน เมื่อดื่มแอลกอฮอล์ไประยะเวลาหนึ่ง ร่างกายจะปรับตัวมีอาการทนต่อฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ได้ดีขึ้นเรียกว่ามีการติดแอลกอฮอล์ ทำให้มีการดื่มได้มากขึ้น นานขึ้นทำให้เกิดการติดแอลกอฮอล์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Samson & Harris, 1992)

แอลกอฮอล์เมื่อเข้าสู่ร่างกายแล้วร้อยละ 90 จะถูกทำลายที่ตับโดยกระบวนการออกซิเดชัน (oxidation) โดยเอนไซม์ (enzymes) 2 ตัวคือแอลกอฮอล์ดีไฮโดรจีเนส (alcohol dehydrogenase หรือ ADH) และอัลดีไฮด์ดีไฮโดรจีเนส (aldehyde dehydrogenase) ได้กรดอะซิติก (acetic acid) ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์และน้ำ ส่วนที่เหลือร้อยละ 10 จะถูกขับออกทางไตและทางระบบทางเดินหายใจ โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลง ในผู้หญิงจะมีระดับของแอลกอฮอล์ดีไฮโดรจีเนสต่ำกว่าในผู้ชายจึงมีอาการเมาแอลกอฮอล์ได้ง่ายกว่าผู้ชาย แอลกอฮอล์เมื่อเข้าสู่สมอง จะออกฤทธิ์ กัดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางโดยจับกับตัวรับของมันในสมองคือ GABA type A ( $GABA_A$ ), serotonin type 3 และ nicotinic acetylcholine ซึ่งอาการแสดงออกทางร่างกายหรือจิตใจ จะขึ้นกับระดับแอลกอฮอล์ในเลือด

แอลกอฮอล์มีผลต่ออวัยวะในร่างกาย ดังนี้(หทัยชนนี บุญเจริญ,พจนานุกรม กิตติรัตน์ ใพบูลย์2549)

1. ผลต่อดับ ระยะแรกเอนไซม์ตับเริ่มเพิ่มขึ้น เกิดภาวะfatty liver ตับโต ถ้าดื่มนานขึ้นประมาณ 5 ปีขึ้นไปอาจเกิดภาวะตับอักเสบ(Alcoholic hepatitis) มีอาการปวดท้อง ตัวเหลืองและเมื่อดื่มต่อระยะยาวทำให้เกิดพยาธิสภาพถาวร คือภาวะตับแข็ง(hepatic cirrhosis) ตามมา
2. ผลต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร (gastric ulcer) หลอดอาหารอักเสบ(esophagitis) ส่วนในผู้ที่มิมีปัญหาอยู่แล้ว อาจกำเริบมากขึ้นจนมีเลือดออกในผนังเดินอาหาร ถ่ายดำ อาเจียนเป็นเลือด หรือกระเพาะอาหารทะลุได้
3. ตับอ่อนอักเสบ (pancreatitis) อาจเกิดได้เมื่อดื่มหนักเป็นครั้งคราว เกิดอาการปวดกลางท้องอย่างมาก คลื่นไส้ อาเจียน และเมื่อดื่มติดต่อกันนานเกิน 10 ปี มีโอกาสเกิดภาวะตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง มีอาการปวดท้องด้านบนเรื้อรัง น้ำหนักลด เนื่องจากมีปัญหาการดูดซึมอาหาร ขาดอาหารและเป็นสาเหตุของเบาหวานได้
4. ผลต่อหัวใจและหลอดเลือด แอลกอฮอล์มีผลต่อระบบหัวใจโดยตรง ทำให้หัวใจเต้นแรง ความดันโลหิตสูง (hypertension) ทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ(cardiac arrhythmia) และแอลกอฮอล์ยังมีผลโดยตรงต่อกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานไม่ได้(alcohol cardiomyopathy) และเกิดภาวะหัวใจวายได้
5. มะเร็งช่องปาก และมะเร็งทางเดินอาหาร พบบ่อยในผู้ที่ดื่มหนัก

#### สาเหตุพยาธิสรีระวิทยาของการขาดสุราและอาการถอนพิษสุรา

เมื่อเริ่มดื่มสุราฤทธิ์ของแอลกอฮอล์จะเพิ่มการทำงานของตัวรับGABA-A (GABA-A receptors) และยับยั้งการทำงานของตัวรับNMDA (NMDA receptors) เมื่อดื่มสุรานาน ๆ สมองจะเกิดการปรับตัวส่งผลให้ลด inhibitory function ของตัวรับ GABA-A และเพิ่ม excitatory ของตัวรับ NMDA เกิดลักษณะทนต่อสุรา 3 แบบ ได้แก่(สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล,2553)

1. Metabolic tolerance คือ เพิ่มอัตราการทำลายethanol ที่ตับ คนจึงดื่มปริมาณมากขึ้นเพื่อให้ได้ฤทธิ์เท่าเดิม
2. Cellular tolerance เกิดการเปลี่ยนแปลงเซลล์ประสาทในสมอง เช่น การทำงานของ GABA-A receptors ลดลง ทำให้บทบาทยับยั้งการทำงานของสมองน้อยลง เสี่ยงต่อการเกิดการชักเมื่อขาดสุรา
3. Behavioral tolerance เป็นการเรียนรู้ปรับตัวทำให้คนๆนั้นต้องดื่มสุราก่อนจึงจะทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ เมื่อหยุดดื่มทันทีจึงเกิด rebound stimulatory effect ทำให้มีอาการหงุดหงิดง่าย กระวนกระวาย ก้าวร้าว มือสั่น ชัก

อาการขาดสุรา เกิดจากการทำงานของ GABA ลดลง การทำงานของกลูตาเมตเพิ่มขึ้น และการทำงานของ โดปามีนลดลง

มานิต ศรีสุรภานนท์ (2542) กล่าวว่าอาการถอนแอลกอฮอล์ จะเกิดภายใน 6-24 ชั่วโมงหลังการดื่มครั้งสุดท้าย โดยจะมีอาการสั่น (tremor) นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียน ภาวะวุ่นวายใจ (agitation) วิตกกังวล (anxiety) มีการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติเพิ่มมากขึ้น (autonomic hyperactivity) ในรายที่รุนแรงอาจมีชักทั้งตัวได้ (grand mal seizure) ในช่วง 24-48 ชั่วโมงหลังการดื่มครั้งสุดท้าย ผู้ป่วยอาจมีอาการของภาวะถอนแอลกอฮอล์อย่างรุนแรง และมีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนที่ชัดเจนร่วมด้วย ในช่วง 48-72 ชั่วโมงหลังการดื่มครั้งสุดท้ายผู้ป่วยบางรายอาจเกิดอาการ alcohol withdrawal delirium หรือ delirium tremens ได้ซึ่งในระยะนี้ผู้ป่วยจะไม่รู้สภาพแวดล้อม (disorientation) สับสน (confusion) เสียการรู้สึกร่างกาย (impaired consciousness) และมีความผิดปกติของการนอน (disturbed sleep) ในอดีตจะมีอัตราการตาย (mortality rate) จาก alcohol withdrawal delirium ประมาณร้อยละ 20 ปัจจุบันมีการรักษาที่ดีขึ้นทำให้อัตราตายลดลงเหลือเพียงร้อยละ 5

สมภพ เรืองตระกูล (2542) กล่าวถึงอาการถอนแอลกอฮอล์ว่า มักพบในคนที่อายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไป และติดสุรามาไม่น้อยกว่า 3 ปี อาการมักจะเกิดภายหลังจากหยุดดื่มสุรา 1-3 วัน โดยระยะแรกจะมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน หงุดหงิดง่าย มือสั่น ตกใจง่าย ต่อมามีอาการประสาทหลอน หรือประสาทหลวม (แปลภาพผิด) อาจมีอาการชักชนิด grand mal ซึ่งมักเกิดใน 2 วันแรก พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยที่มีอาการชักจะเกิดดีลิเรียมทรีเมนส์ (delirium tremens) ในเวลาต่อมา ซึ่งอาการดีลิเรียมทรีเมนส์มักจะเกิดภายใน 24-72 ชั่วโมง โดยจะมีอาการที่สำคัญคือ อาการสับสนเรื่องเวลา สถานที่ บุคคล ร่วมกับมีมือสั่นหรือสั่นทั้งตัว มีการเคลื่อนไหวมาก พลุ่พล่าน ภาวะวุ่นวายใจ ตื่นตัวตลอดเวลาไม่หลับ และอาการประสาทหลอน (ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นประสาทหลอนทางตาแต่อาจเป็นประสาทหลอนทางหู หรือประสาทหลอนทางสัมผัสก็ได้)

Marc (2000) กล่าวถึงผู้ใช้แอลกอฮอล์มานานแล้วหยุดดื่มทันทีว่า จะมีอาการ มือสั่น (coarse tremor of hands) นอนไม่หลับ วิตกกังวล ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นไวขึ้น อุนหภูมิของร่างกายสูงขึ้น และหายใจไวขึ้น ซึ่งอาการจะเป็นมากในวันที่ 2 หรือ 3 และจะดีขึ้นในวันที่ 4 หรือ 5 หลังหยุดดื่มสุรา บางอาการอาจคงอยู่นาน 3-6 เดือนแต่ไม่รุนแรง สำหรับรายที่มีอาการรุนแรงที่เรียกว่า alcohol withdrawal delirium จะมีอาการภาวะวุ่นวายใจอย่างมาก (severe agitated) สับสน บางครั้งอาจมีประสาทหลอนทางสัมผัส หรือประสาทหลอนทางตา (tactile or visual hallucinations) บางรายอาจมีอาการชักหลายครั้ง (several grand mal convulsions) ซึ่งบางครั้งเรียกว่า rum fits ซึ่งอาการดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องจากการปรับตัวในการทำงานของสารเคมีในสมอง อันเป็นผลมาจากการกดการทำงานของสมองจากแอลกอฮอล์ และไม่สามารถทำงานได้อย่างเหมาะสมเมื่อขาดแอลกอฮอล์ ดังนั้นในการรักษาอาการ

ถอนแอลกอฮอล์ จึงควรใช้ยาที่มีฤทธิ์ กดสมองช่วงแรก แล้วค่อยๆลดขนาดลงเมื่ออาการดีขึ้นจะช่วยลดอาการถอนแอลกอฮอล์ได้

Kaplan & Sadock (1998) กล่าวถึงในคนที่ติดแอลกอฮอล์ว่า เมื่อหยุดดื่มจะมีอาการถอนแอลกอฮอล์คือ มีอาการสั่น อาจมีอาการของโรคจิต(เช่น อาการหลงผิด หรือประสาทหลอน) ชัก และอาการของดีลิริยมทรีเมนส์ โดยอาการจะเริ่มเกิดหลังจากหยุดดื่มแอลกอฮอล์6-8 ชั่วโมง โดยจะมีอาการสั่น คลื่นไส้ อาเจียน ต่อมาจะมีความผิดปกติของการรับรู้และอาการทางจิตใน 8-12 ชั่วโมง ชักใน 12-24 ชั่วโมง และอาจมีอาการดีลิริยมทรีเมนส์ภายใน 72 ชั่วโมงตามลำดับ ดังนั้นผู้รักษาควรระวังเรื่องดีลิริยมทรีเมนส์ในสัปดาห์แรกของการรักษา ซึ่งดีลิริยมทรีเมนส์นี้ มักเกิดในคนที่มียุ 30-40 ปีขึ้นไป โดยเฉพาะในคนที่ดื่มสุรารอบอย่างมาเป็นเวลานาน 5-15 ปีขึ้นไป และมักพบในคนที่มิโรคประจำตัว เช่น ตับอักเสบตับอ่อนอักเสบ สำหรับการรักษาคควรให้ยาในกลุ่มbenzodiazepine ขนาดสูงในช่วงแรกแล้วลดลงเมื่ออาการดีขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยสงบลงโดยที่ยังสามารถตอบสนองต่อคำสั่งต่างๆ ได้ รวมถึงการตรวจทางระบบประสาท เพราะว่าหากไม่ได้รับการรักษาอาจมีอาการดีลิริยม ทรีเมนส์ได้ และเมื่อมีอาการของดีลิริยมทรีเมนส์ขึ้นแล้วจะมีอัตราตายถึงร้อยละ20 ซึ่งสาเหตุ การตายเกิดเนื่องจากโรคปอดบวม โรคไต โรคตับ โรคหัวใจล้มเหลว ดังนั้นการรักษาดีลิริยม ทรีเมนส์ที่ดีที่สุดคือ การป้องกันผู้ป่วยที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์โดยให้ยา benzodiazepine เช่น Chordiazepoxide ขนาด 25-50 มิลลิกรัม ทุก 2-4 ชั่วโมง จนผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจากนั้น ก็ค่อยๆปรับลดขนาดลงช้าๆ

### เกณฑ์วินิจฉัยโรคผู้ที่มีอาการถอนพิษจากสุรา

ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับปรับปรุงครั้งที่ หรือ Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 4 th edition (DSM-IV) ได้ให้เกณฑ์วินิจฉัยโรคผู้ที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์ไว้ดังนี้คือ(American Psychiatric Association, 1994)

A. มีการหยุด(หรือลดปริมาณการดื่ม) แอลกอฮอล์หลังจากการใช้อย่างมากและเป็นเวลานาน  
B. มีอาการดังต่อไปนี้ สองข้อ (หรือมากกว่า) เกิดขึ้นภายในไม่กี่ชั่วโมงจนถึงสองสามวันหลังเกณฑ์ในข้อA.

(1) ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากกว่าปกติ(เช่น เหงื่อออก ชีพจรเร็วกว่า100 ครั้ง ต่อ นาที)

(2) มือสั่นมาก

(3) นอนไม่หลับ

(4) คลื่นไส้หรืออาเจียน

(5) เห็นภาพหลอน หูแว่ว สัมผัสหลอน หรือมองเห็นภาพของผิดจากความจริงเป็นชั่วครา

(6) กระวนกระวาย กระสับกระส่าย

(7) วิดกกังวล

## (8) ชักที่งัด (grandmal seizure)

C. อาการตามเกณฑ์ B. ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ หรือกิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านอื่นๆที่สำคัญบกพร่องลง

D. อาการไม่ได้เกิดจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย และไม่เข้ากับโรคทางจิตเวชอื่นใดได้ดีกว่า

ระบุ With Perceptual Disturbance: เมื่อผู้ป่วยทราบว่าอาการประสาทหลอนไม่เป็นความจริง คือทราบว่าเป็นผลมาจากแอลกอฮอล์ ถ้าหากว่าผู้ป่วยคิดว่าเป็นความจริง ควรวินิจฉัยว่าเป็นอาการโรคจิตที่เกิดจากแอลกอฮอล์ (Alcohol induced Psychotic Disorder, With Hallucinations)

จากความหมายของอาการถอนแอลกอฮอล์ที่มีผู้กล่าวไว้พอสรุปได้ดังนี้คือ เป็นอาการที่เกิดขึ้นในผู้ที่ดื่มสุราหรือแอลกอฮอล์มาเป็นเวลานานหลายปี และดื่มในปริมาณที่มาก เมื่อหยุดดื่มหรือลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ลง ก็จะมีการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติเพิ่มขึ้น (หัวใจเต้นเร็วขึ้น เหงื่อออก หายใจเร็ว ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น) มีอาการมือสั่น คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ วิตกกังวล กระวนกระวายใจ อาจมีอาการประสาทหลอน อาการชักในบางราย ในรายที่มีอาการรุนแรงมากจะมีอาการสับสนเรื่องเวลา สถานที่ บุคคล ร่วมกับอาการประสาทหลอนและหลงผิด ซึ่งเราเรียกอาการนี้ว่า ดิเลียมทริเมนส์

### การประเมินอาการขาดสุรา (พรศ,2553 )

1. การประเมินความเสี่ยงในการเกิดอาการขาดสุรารุนแรง จะช่วยให้ผู้บำบัดสามารถประเมิน setting ในการรักษาที่เหมาะสมได้

ปัจจัยเสี่ยงของอาการขาดสุรารุนแรง

- อายุมากกว่า 30 ปี
- มีประวัติดื่มสุราต่อเนื่องปริมาณมากในแต่ละครั้ง (>150 กรัมต่อวัน) หรือดื่มมากกว่า 10 แก้วต่อวัน (แก้ว= ดื่มมาตรฐาน) คิดเป็นปริมาณเหล้าขาวมากกว่า ½ ขวดต่อวัน
- ดื่มมานานหลายปี (มากกว่า 5 ปี)
- เคยมีอาการขาดสุรารุนแรงแบบเพ้อคลั่งงัด (DTs)
- เคยมีอาการชักจากขาดสุรามาก่อน
- มีอาการขาดสุรา ขณะที่ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดยังสูง
- จำนวนวันที่หยุดดื่มครั้งสุดท้ายมาหลายวัน
- มีปัญหาโรคทางกายหรือได้รับบาดเจ็บร่วมด้วย
- ไม่มีภาวะเมาสุราทั้งที่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูง
- มีการใช้ยาเสพติดอื่น ๆ รวมถึงยากดประสาทหรือยานอนหลับอย่างต่อเนื่อง
- ชีพจรสูงเกิน 100 ครั้งต่อนาที

2. ประเมินระดับความรุนแรงของอาการขาดสุรา โดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการขาดสุราเพื่อช่วยในการวางแผนและติดตามการรักษา

3. การประเมิน baseline และการประเมินต่อเนื่อง เพราะอาการขาดสุราจะเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาหลังการหยุดดื่มสุรา ที่สำคัญคือ ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินความเสี่ยงและความรุนแรงของอาการขาดสุราตั้งแต่แรกเริ่มมีอาการและให้การรักษาอย่างเหมาะสมทันทีที่จะสามารถป้องกันการเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรงได้

#### การแบ่งระดับความรุนแรงของอาการขาดสุรา (สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล,2553 )

ระดับความรุนแรง	เวลาที่เกิดหลังดื่มครั้งสุดท้าย
ระดับเล็กน้อย; มือสั่น วิดกกังวลเล็กน้อย หงุดหงิด ปวดศีรษะ เหงื่อออก ใจสั่น ความดันโลหิตสูงเล็กน้อย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ ผะอืดผะอม อาเจียน นอนไม่หลับ ตรวจสภาพจิตปกติ	6-36 ชั่วโมง
ระดับปานกลาง ; มีอาการกระวนกระวาย กระสับกระส่ายมากขึ้น ผุดลุกผุดนั่ง มือสั่นมาก ตัวสั่น เหงื่อออกมาก ไม่อยากอาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ความดันโลหิต สูงขึ้นมาก ชีพจร > 120 ครั้ง/นาที ตรวจสภาพจิตมีอาการสับสน หงุดหงิดง่าย วิดกกังวล	24-72 ชั่วโมง
อาการชักจากการขาดสุรา มีลักษณะเกร็งกระตุกที่ร่างกาย หมดสติ พบได้ร้อยละ 10 ของผู้ที่มีอาการขาด สุรา และพบมากขึ้นในผู้ที่ดื่มมานานหลายปี มักมีอาการชักครั้งเดียว แต่สามารถ เกิดเป็นชุดชัก 2-3 ครั้งห่างกัน 5 นาที อาการชักแบบต่อเนื่องพบได้น้อยมาก ถ้า พบควรต้องหาสาเหตุอื่นด้วย	6-48 ชั่วโมง
อาการประสาทหลอนจากการขาดสุรา	12-48 ชั่วโมง
ระดับรุนแรงมากขึ้นเพื่อคลั่ง (Delirium) มีอาการกระสับกระส่ายมากอยู่ไม่นิ่ง เดินไปมา มือสั่น ตัวสั่นมาก สับสน ไม่รู้ วัน เวลา สถานที่ ไม่มีสมาธิ เหงื่อออกมาก ไข้สูง ชีพจรเร็ว เห็นภาพหลอน หูแว่ว หลงผิด หวาดระแวงกลัว	48-96 ชั่วโมง

## การรักษาอาการขาดสุรา (พื้นฐาน กิตติรัตน์ ไพบูลย์ 2553)

ระดับความรุนแรง	การรักษา
ระดับเล็กน้อย	การรักษาอาจไม่จำเป็นต้องให้ยาสงบอาการขาดสุรา สามารถให้การักษาแบบผู้ป่วยนอกได้โดยการให้ Education แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการ เน้นการประเมินภาวะโรคทางกายที่พบร่วมและรักษาแบบประคับประคอง หากจำเป็นต้องให้ยาพิจารณาให้ยาเวลามีอาการ หรือ symptom trigger regimen ควรให้ Brief Intervention เพื่อให้ผู้ป่วยหยุดดื่ม
ระดับปานกลาง	การรักษาขณะนี้ อาจต้องพิจารณารับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน เน้นการประเมินอาการขาดสุราและภาวะแทรกซ้อน ยกเว้นว่าจะประเมินได้ว่าผู้ป่วยไม่มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะขาดสุราที่รุนแรงแทรกซ้อนและมีญาติดูแลก็อาจสามารถให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้ ให้ยาสงบอาการขาดสุราแบบรับประทานเป็นตารางกำหนด (fixed dose regimen) หรือรับประทานเฉพาะมีอาการมากขึ้น (symptom trigger regimen) ในขนาดยาที่สูงขึ้นกว่าการใช้การรักษาอาการขาดสุราในระยะที่ 1 หลังรักษาภาวะถอนพิษแล้วควรให้การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงใจ
ระยะชักจากการขาดสุรา	การรักษา เน้นการประเมินอาการชักว่ามีสาเหตุจากโรคอื่นหรือไม่ หลักการรักษาภาวะชักจากการขาดสุราก็ใช้หลักการเดียวกับการรักษาอาการขาดสุราคือ การให้ยากลุ่ม Benzodiazepines เพื่อสงบอาการขาดสุรา โดยทั่วไปหากประเมินได้ว่าไม่ได้เป็นโรคลมชักหรืออาการชักที่เกิดจากสาเหตุอื่นก็ไม่จำเป็นต้องให้ยากันชักเพื่อป้องกันในระยะยาว แต่ในปัจจุบันมีทางเลือกให้ใช้ยาที่สามารถสงบอาการขาดสุราและกันชักได้ อย่างไรก็ตามหลังจากผ่านพ้นระยะถอนพิษก็ไม่มีความจำเป็นต้องให้ต่อในระยะยาว
อาการประสาทหลอนจากการขาดสุรา	การรักษา เน้นการประเมินภาวะโรคร่วมทางจิตเวชใช้หลักการเดียวกับการรักษาอาการขาดสุราโดยให้ยากลุ่ม Benzodiazepines และอาจพิจารณาให้ยาด้านโรคจิตร่วม หากจำเป็น หลังภาวะถอนพิษแล้วควรให้การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงใจให้หยุดดื่มสุราเด็ดขาดและนัดติดตามผล
ระยะรุนแรง เพื่อคลั่ง (Delirium)	การรักษา ระยะนี้ ต้องรักษาแบบผู้ป่วยในเท่านั้น เพราะถือเป็นภาวะแทรกซ้อนรุนแรงแล้ว เน้นการเฝ้าระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเพ้อคลั่ง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางกาย ภาวะโรคร่วมอื่นๆ เช่น ติดเชื้อ บาดเจ็บทางสมอง ขาดน้ำ เกลือแร่และวิตามิน ปอดบวม เป็นต้น ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาเพื่อสงบอาการโดยเร็ว ยาที่ใช้จึงมีขนาดสูงมากเพราะต้องให้อาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว ให้หลักการดูแล ๘ คือ สงบอาการด้วยยาระดับสูง (front loading regimen) ๘ กัดทุกข์กายใจ เสริมอาหารวิตามินเกลือแร่ สร้างบรรยากาศอบอุ่นปลอดภัย สืบค้นภาวะแทรกซ้อนอื่นและแก้ไข

## แบบประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา

### The revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar)

การประเมินอาการขาดสุราด้วยเครื่องมือมาตรฐานเป็นสิ่งจำเป็น ควรมีการฝึกอบรมการใช้เครื่องมือเป็นระยะ ๆ เพื่อให้การประเมินมีมาตรฐาน การให้คะแนนใกล้เคียงกัน เกิดทักษะการใช้เครื่องมือ เครื่องมือที่ช่วยเฝ้าระวังติดตามอาการขาดสุรา มี 4 แบบ ได้แก่

1. Alcohol Withdrawal Scale (AWS) 7 ข้อ
2. clinical institute withdrawal scale for alcohol-revised (CIWA-Ar) 10 ข้อ
3. Minneapolis Detoxification scale (MINDS) 9 ข้อ
4. Severity Assessment Scale (SAS) 8 ข้อ

ผลการทบทวนบทความพบว่า มีการใช้ CIWA-Ar มากกว่า AWS และมีเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาใหม่คือ SAS แต่เป็นเครื่องมือที่มีลิขสิทธิ์ในการนำไปใช้แม้ว่า CIWA-Ar เป็นเครื่องมือที่ถือเป็น Gold standard การใช้เครื่องมือเหล่านี้มีสิ่งที่จะต้องคำนึงถึงคือ คะแนนจากการประเมินอาจผิดพลาดได้กรณีมีภาวะแทรกซ้อน ไม่ควรจะยึดคะแนนจากแบบประเมินเพียงอย่างเดียว ควรอาศัยการตัดสินใจทางคลินิกและการสังเกตอื่นร่วมด้วย ที่สำคัญเครื่องมือเหล่านี้มิใช่เครื่องมือในการวินิจฉัยโรค(พันธุ์นภา กิตติรัตน์ ไพบูลย์, 2553 )

Sullivan et al. (1989) ได้ศึกษาและพัฒนาแบบประเมินอาการถอนแอลกอฮอล์ โดยพบว่า The revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar scale) ซึ่งมีจำนวนข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นแบบประเมินที่มีความน่าเชื่อถือและความเที่ยงตรงดี เป็นแบบที่สามารถนำไปใช้ได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก และรวดเร็ว โดยใช้เวลาประเมินอาการในเวลาไม่กี่นาที ซึ่งมีประโยชน์ในทางคลินิกสำหรับประเมินอาการถอนแอลกอฮอล์ และสามารถใช้วัดการตอบสนองต่อการรักษา นอกจากนี้ยังมีประโยชน์สำหรับใช้ในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับยาที่ใช้ในกรรักษาอาการถอนแอลกอฮอล์ ซึ่งความเที่ยงตรงและความเชื่อถือของแบบ CIWA-Ar ได้มาจากผู้รักษาที่มีความชำนาญในการประเมินผู้ป่วยที่มีอาการ alcohol withdrawal syndrome โดยข้อคำถาม 10 ข้อที่ใช้มีรายละเอียดของอาการต่างๆดังนี้คือ คลื่นไส้ อาเจียน (nausea and vomiting), มือสั่น (tremor), เหงื่อออก (paroxysmal sweats), วิตกกังวล (anxiety), กระสับกระส่าย (agitation), ความผิดปกติด้านการสัมผัส (tactile disturbances), ความผิดปกติด้านการได้ยินเสียง (auditory disturbances), ความผิดปกติด้านการมองเห็นภาพ (visual disturbances), อาการปวดศีรษะ (headache, fullness in head) และความผิดปกติด้านการรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล (orientation and clouding of sensorium) โดยมีการให้คะแนนในแต่ละข้อคำถามตั้งแต่ 0-7 คะแนน ยกเว้นในเรื่องของความผิดปกติด้านการรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล (orientation and clouding of sensorium) มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-4 คะแนน (คะแนน 0 คือไม่มีอาการในข้อนี้ หรือไม่มีอาการผิดปกติในข้อคำถามนั้น สำหรับคะแนน 7 คือมีอาการรุนแรงมากที่สุดหรือมีอาการผิดปกติตลอดเวลา)

แบบประเมิน CIWA-Ar เป็นที่ยอมรับของแพทย์และพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ยังพบว่าความดันโลหิตและชีพจร ไม่สัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการถอนแอลกอฮอล์ซึ่งแบบประเมินนี้มีประโยชน์ในการประเมินอาการและดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์ Sullivan et al.,1989 ยังให้ข้อเสนอแนะว่าถ้าคะแนนของ CIWA-Ar น้อยกว่า 10 คะแนน ไม่จำเป็นที่จะต้องให้ยาในการรักษาให้การรักษาแบบประคับประคองตามอาการเพียงอย่างเดียวก็ได้ผลดี อย่างไรก็ตามพบว่ายาจะสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นภายหลังในผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาลได้ ซึ่งแพทย์ผู้รักษาอาจจะตัดสินใจให้ยาในคนที่มีคะแนน CIWA-Ar 10-20 คะแนน ซึ่งพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยสามารถใช้เวลาในการประเมินอาการถอนแอลกอฮอล์ในเวลาไม่กี่นาที และพบว่ามีค่าน่าเชื่อถือคือมี inter-rater reliability สูง ( $r > 0.8$ ) การประเมินอาการซ้ำ ทุกชั่วโมงหรือในช่วงระยะเวลาที่เหมาะสม จะสามารถวัดการตอบสนองต่อการรักษา และช่วยในการตัดสินใจในการให้ยาในระยะต่อไป นอกจากนี้แบบประเมินนี้ยังมีประโยชน์ในการศึกษาวิจัยประสิทธิภาพของยาในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์

Linda (1991) กล่าวถึงแบบประเมินอาการถอนแอลกอฮอล์ว่า มีแบบประเมินอาการหลายแบบ เช่น The Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale ที่พัฒนามาจาก DSM-III- R ซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ ซึ่งใช้สำหรับวัดความรุนแรงของกลุ่มอาการถอนแอลกอฮอล์แบบ The Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-A) ซึ่งมีข้อคำถาม 15 ข้อ และแบบที่พัฒนามาจากแบบ CIWA-A scale ที่มีชื่อว่า The revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar scale) ซึ่งมีจำนวนข้อคำถาม 10 ข้อ พบว่า CIWA-Ar scale เป็นแบบที่ใช้ง่าย ไม่ยุ่งยาก มีความน่าเชื่อถือ มีประโยชน์สำหรับวัดความรุนแรง การดำเนินโรค และการตอบสนองต่อการรักษา ดีกว่าแบบเดิมคือ CIWA-A scale สามารถใช้ในการศึกษาเรื่องยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์

Don et al. (1995) กล่าวถึงในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์ว่า เครื่องมือและแบบประเมินอาการเป็นสิ่งที่จำเป็นในการรักษาคนไข้ที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์ ซึ่งสามารถช่วยให้แพทย์ ตัดสินใจในการให้ยาในการรักษา แบบประเมินที่เป็นแบบง่ายๆ มีความเที่ยงตรง และความน่าเชื่อถือสูงคือ The CIWA-Ar scale ซึ่งมี 10 ข้อคำถาม โดยในแต่ละข้อ จะมีคะแนน 0-7 ยกเว้นเรื่องของ การรับรู้เรื่องเวลา สถานที่ บุคคล จะมีคะแนน 0-4 ถ้าคะแนนทั้งหมดน้อยกว่า 10 คะแนน ไม่จำเป็นต้องให้ยาในการรักษา สามารถรักษาแบบผู้ป่วยนอกคือไม่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล สามารถให้การรักษาแบบประคับประคองตามอาการ ถ้าคะแนนมากกว่า 10 คะแนนขึ้นไปควรให้ยาในการรักษา ในคนที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์รุนแรงคือมีภาวะดีลิริยม มักมีคะแนนมากกว่า 20 คะแนนขึ้นไป ซึ่งการใช้ The CIWA-Ar scale จะสามารถช่วยให้ผู้รักษาตัดสินใจ ให้ยารักษาแก่ผู้ป่วยในขนาดที่เหมาะสม

Mayo et al. (1997) กล่าวว่า ไม่มีอาการแสดงที่จำเพาะเจาะจงในผู้ป่วยที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์ จึงได้มีการพัฒนาแบบประเมินอาการถอนแอลกอฮอล์ขึ้นมาหลายแบบ และแบบประเมินที่มีการศึกษากันมากที่สุดคือ The Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-A scale) และแบบ

ฉบับที่สี่นี้คือ CIWA-A revised (CIWA-Ar scale) ซึ่งแบบประเมินนี้มีความเที่ยงตรง ความน่าเชื่อถือ มีประโยชน์ในด้านการรักษา และสามารถใช้อย่างปลอดภัยโดยพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป นอกจากนี้ยังสามารถใช้สำหรับติดตามและประเมินผลการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์ที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลได้

Patrick & Richaed (1998) กล่าวถึงการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์ว่า ผู้ป่วยที่มีอาการเล็กน้อย ส่วนมากจะไม่ได้มารับการรักษาที่โรงพยาบาล คนที่มีอาการเล็กน้อยจนถึงปานกลางสามารถรักษาแบบไม่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล สำหรับคนที่มีอาการปานกลางจนถึงรุนแรงหรือคนที่มีปัญหาอื่นแทรกซ้อน การรักษาที่ดีที่สุดคือนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งการประเมินความรุนแรงของอาการถอนแอลกอฮอล์ การดำเนินโรค และการตอบสนองต่อการรักษาอาจใช้แบบประเมินคือ The revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar scale) ซึ่งประกอบไปด้วยอาการถอนแอลกอฮอล์ที่พบบ่อย 10 อาการ ซึ่งในการให้ยาหรือปรับยาควรพิจารณาจากคะแนนของ CIWA-Ar scale ที่มีการเปลี่ยนแปลง

Anne et al. (1999) กล่าวว่า The CIWA-Ar scale เป็นเครื่องมือที่ช่วยประเมินความรุนแรงของอาการถอนแอลกอฮอล์ และช่วยให้ผู้รักษาคัดสินใจในการให้ยารักษา ช่วยประเมินการตอบสนองต่อยาในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์ ซึ่ง The CIWA-Ar scale เป็นเครื่องมือที่มีความเที่ยงตรง ความน่าเชื่อถือสูง การให้คะแนนใช้แบบ Likert-type scale โดยคะแนนในแต่ละข้อส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 0-7 ยกเว้นเรื่องของ การรับรู้เรื่องเวลา สถานที่ บุคคล จะมีคะแนน 0-4 โดยคะแนนรวมสูงสุดคือ 67 โดยถือว่าถ้าคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 จัดเป็นคนไข้ที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์เล็กน้อย ถ้าคะแนน 16-20 ถือว่ามีอาการถอนแอลกอฮอล์ปานกลาง ถ้าคะแนนมากกว่า 20 คะแนนถือว่ามีอาการรุนแรง สำหรับการตัดสินใจในการรักษานั้น ถ้าคะแนนน้อยกว่า 10 ใช้วิธีการรักษาแบบประคับประคองก็เพียงพอ ถ้าคะแนน 10-15 ก็อาจรักษาแบบประคับประคองแต่ต้องประเมินอาการทุกชั่วโมง ถ้าคะแนนมากกว่า 10 ร่วมกับมีอาการประสาทหลอน หรือสับสนเรื่องเวลา สถานที่ บุคคล ควรให้ยาในการรักษาอาการถอนแอลกอฮอล์ ซึ่ง The CIWA-Ar scale จะช่วยในการประเมินอาการ การวางแผนการรักษา และการตอบสนองต่อการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์

ซึ่งจากแบบประเมินอาการถอนแอลกอฮอล์ที่มีผู้ศึกษามา พบว่าแบบที่นิยมใช้กันมากที่สุดคือ The revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar scale) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่มีความเที่ยงตรง มีความเชื่อถือได้ สามารถใช้โดยแพทย์ พยาบาลที่ผ่านการฝึกการใช้ในการให้คะแนนแบบประเมินนี้ เป็นแบบประเมินที่มีประโยชน์ในการประเมินความรุนแรงของอาการถอนแอลกอฮอล์ ใช้ติดตามผลการดำเนินของอาการ การศึกษาวิจัยเรื่องยาที่ใช้ในการรักษา และการตอบสนองต่อยาในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์ ดังนั้นผู้ที่ประเมินควรได้รับการอบรม ฝึกฝน ให้เกิดทักษะในการใช้เครื่องมือ การให้คะแนนใกล้เคียงกันเพื่อทำให้การประเมินมีมาตรฐาน

## การหาความเชื่อมั่นของการใช้แบบประเมิน

### ความเที่ยงหรือความเชื่อมั่น (reliability)

ความเที่ยงของเครื่องมือเป็นสิ่งที่สำคัญในการประเมินคุณภาพงานวิจัย ความเที่ยงของเครื่องมือใดเป็นลักษณะที่แสดงว่าเครื่องมือนี้มีความคงที่เพียงใดโดยไม่ว่าจะวัดกี่ครั้งก็ได้ค่าตรงกันหรือใกล้เคียงกัน เช่น หากใช้เครื่องชั่งน้ำหนักเครื่องหนึ่งไปชั่งน้ำหนักคนๆ หนึ่ง โดยครั้งแรกได้น้ำหนัก 70 กิโลกรัม และเมื่อชั่งครั้งที่สองในอีก 1 นาทีต่อมาได้น้ำหนัก 80 กิโลกรัม แสดงว่าเครื่องชั่งนั้นไม่มีความเที่ยง ถ้าน้ำหนักที่แท้จริงของคนๆ นั้นเป็น 2 กิโลกรัม เมื่อพิจารณาด้วยสมการของความคลาดเคลื่อนได้ดังนี้

$$\text{ค่าที่วัดได้} = \text{ค่าจริง} + \text{ความคลาดเคลื่อน}$$

$$\text{ในการชั่งครั้งแรก } 70 = 72 - 2$$

$$\text{ในการชั่งครั้งที่สอง } 80 = 72 + 8$$

นั่นคือ ความคลาดเคลื่อนในการใช้เครื่องมือที่ไม่มีควมเที่ยงชั่งน้ำหนักทั้งสองครั้งคือ  $-2$  และ  $+8$

กิโลกรัมตามลำดับ ซึ่งทำให้ผลการวัดไม่มีความคงที่และไม่ถูกต้อง เครื่องมือที่ดีต้องมีความเที่ยงสูงก็ครั้งที่ได้ผลใกล้เคียงกัน ผลที่ได้มีความคงที่ไม่เปลี่ยนแปลง ถูกต้องและเชื่อถือได้

### การหาความเที่ยง

1. การหาความเที่ยงจากความคงที่ (stability) เป็นความเที่ยงจากความคงที่ในการวัดในเวลาต่างกัน หากนำเครื่องมือไปวัดซ้ำในเวลาที่แตกต่างกัน ผลที่ได้จะใกล้เคียงหรือคงที่เพียงใด โดยการหาสัมประสิทธิ์ความเที่ยง (coefficient of correlation) หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่าวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest method) โดยการนำเครื่องมือไปวัดในกลุ่มตัวอย่างเดียวกันสองครั้งในเวลาแตกต่างกัน แล้วหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียสัน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียสันมีค่าระหว่าง  $-1.00$  ถึง  $1.00$  ยิ่งค่าใกล้ 1 เท่าใดแสดงว่ายิ่งมีความสัมพันธ์กันสูง โดยทั่วไปเครื่องมือมีความเที่ยงในระดับที่พอใจเมื่อค่าความเที่ยงสูงกว่า  $0.70$

การพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ โดยทั่วไปอาจใช้เกณฑ์ดังนี้

ค่า r	ระดับความสัมพันธ์
.90-1.00	มีความสัมพันธ์กันสูงมาก
.70-.90	มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
.50-.70	มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง
.30-.50	มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
.00-.30	มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก

2. การหาความเที่ยงจากความสม่ำเสมอภายใน (internal consistency) เป็นความเที่ยงที่แสดงถึงความสม่ำเสมอของข้อคำถามทั้งหมดในแบบวัดว่าสามารถวัดเรื่องเดียวกันได้มากน้อยเพียงใด วิธีการหาความเที่ยงชนิดนี้ทำได้โดยนำเครื่องมือไปทดสอบวัดเพียงครั้งเดียวแล้วนำมาวิเคราะห์ค่าความเที่ยง

วิธีที่นิยมใช้ 3 วิธีคือ – การคำนวณแบบแบ่งครึ่ง (split-half method)

- การคำนวณแบบสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient)

- การคำนวณโดยใช้สูตรของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson)

3. การหาความเที่ยงของผู้สังเกตมากกว่า 1 คน (inter-rater reliability) วิธีนี้ใช้กับเครื่องมือที่เป็นแบบสังเกต และการนำไปใช้จะต้องมีผู้สังเกตหลายคน เช่น แบบสังเกตพฤติกรรมการให้อาหารทางสายยางแก่ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกของญาติ 10 ราย โดยการใช้ผู้สังเกต 2 คน นำเครื่องมือไปทดลองใช้แล้วนำผลที่ได้มาทดสอบว่าตรงกันมากน้อยเพียงใด ผลจากการสังเกตใกล้เคียงกันยิ่งมากก็ถือว่ามีความเที่ยงมาก โดยใช้สูตรคำนวณ คือ

$$\text{ความเชื่อมั่นของการสังเกต} = \frac{\text{จำนวนที่สังเกตเหมือนกัน}}{\text{จำนวนที่สังเกตเหมือนกัน} + \text{จำนวนที่สังเกตต่างกัน}}$$

4. การหาความเที่ยงของความคล้ายกัน (equivalence) วิธีนี้ใช้กรณีที่มีการสร้างแบบวัดสิ่งใดสิ่งหนึ่งมากกว่า 1 ชุด เช่น การวิจัยเชิงทดลองซึ่งมีการวัดก่อนและหลังการทดลอง ผู้วิจัยอาจไม่ต้องการใช้เครื่องมือวัดชุดเดียวเพราะผู้ตอบอาจตอบถูกเพราะจำคำตอบได้ จึงสร้างเครื่องมือวัดที่มีเนื้อหาแบบเดียวกัน มีความคล้ายคลึงกันเรียกว่าแบบวัดคู่ขนาน (parallel form) ถ้าคะแนนที่ได้จากการใช้เครื่องมือทั้งสองชุดมีความสัมพันธ์กันสูงจะถือว่าเครื่องมือมีความเที่ยงของความคล้ายคลึงกันสูง

ดังนั้นการหาความเที่ยงหรือความเชื่อมั่นของผู้สังเกตมากกว่า 1 คน (inter-rater reliability) เป็นระดับความเห็นพ้องต้องกันของผู้ประเมินซึ่งเกิดจากการใช้เครื่องมือประเมินชนิดเดียวกันและตัดสินใจให้ค่าคะแนนเพื่อวัดสิ่งเดียวกัน ถ้าค่าคะแนนแตกต่างกันมากไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกันควรมีการฝึกทักษะการใช้แบบประเมินใหม่เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่เป็นจริง (Wikipedia, 2010)

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความเชื่อมั่น (Inter-rater reliability) ของการใช้แบบประเมิน The revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar scale) ฉบับภาษาไทย โดยมีรายละเอียดและขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 5 ส่วนดังต่อไปนี้

1. รูปแบบการวิจัย
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูล

#### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อหาความเชื่อมั่น (Inter-rater reliability) ของการใช้แบบประเมิน The revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar scale) ฉบับภาษาไทย โดยเปรียบเทียบระหว่างผู้ใช้แบบประเมิน (raters) กับผู้ประเมินมาตรฐาน (Gold standard)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรพยาบาลของโรงพยาบาลสวนปรุง ซึ่งปฏิบัติงานในการให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนปรุงจังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรพยาบาลของโรงพยาบาลสวนปรุง ซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ให้บริการบำบัดรักษา ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มสุราที่เข้ารับการรักษาระบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 4 หอผู้ป่วย มีบุคลากรจำนวน 43 คน

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมิน The revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar scale) จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบวัดประเมินค่า 8 ระดับคือ 0-7

2. สื่อดีพิทัศน์ การประเมิน CIWA-Ar ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มสุราในระยะถอนพิษสุราที่เข้ารับการรักษาระบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนปรุงจังหวัดเชียงใหม่

## การดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูล

### 1. ขั้นเตรียมการ

- 1.1 จัดทำโครงร่างวิจัยเสนอคณะกรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสวนปรุง พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ของการทำวิจัย
- 1.2 จัดอบรมการใช้แบบประเมิน CIWA-Ar สำหรับบุคลากรของโรงพยาบาลสวนปรุงที่ปฏิบัติงานในการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา 100 %
- 1.3 ติดต่อประสานงานกับหอผู้ป่วย ทีมบุคลากรที่ดูแลผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน แจงให้ทราบเรื่องการติดตามประเมินผลการใช้แบบประเมินภายหลังการอบรม
- 1.4 ปรึกษาคณะแผนกประเมิน CIWA-Ar ของบุคลากรมีความต่างกันมาก ไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกันจะจัดให้มีทีม coaching เพื่อให้ความรู้และฝึกฝนทักษะในแต่ละหน่วยงาน หลังจากนั้นจะมีการติดตามประเมินผลซ้ำ ทุก 3 เดือนจนครบ 1 ปี
- 1.5 ปรึกษาคณะแผนกประเมิน CIWA-Ar ของบุคลากรอยู่ในระดับใกล้เคียงกับผู้ประเมินมาตรฐาน จะมีการติดตามประเมินผลการใช้แบบประเมิน CIWA-Ar ทุก 6 เดือน

### 2. ขั้นตอนการวิจัย

- 2.1 ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการดำเนินการวิจัยแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง
- 2.2 นำแบบประเมิน The revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar scale) มาใช้ในการประเมินผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มสุรา โดยดูจากสื่อ วิดิทัศน์ที่ผู้ประเมินมาตรฐาน (Gold standard) ได้ประเมินค่าคะแนนไว้แล้ว
- 2.3 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยนำแบบประเมินดังกล่าวมาวิเคราะห์
- 2.4 เปรียบเทียบค่าคะแนนการประเมินระหว่างผู้ใช้แบบประเมิน(raters) กับผู้ประเมินมาตรฐาน (Gold standard)

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรพยาบาล นำมาแจกแจงความถี่ และคำนวณหาค่าร้อยละ
2. นำคะแนนจากการประเมิน CIWA-Ar ของบุคลากรพยาบาลและผู้ประเมินมาตรฐาน มาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์เพียร์สัน
3. นำคะแนนจากการประเมิน CIWA-Ar ของบุคลากรพยาบาลเปรียบเทียบกับผู้ประเมินมาตรฐาน มาหาความเชื่อมั่นเป็นรายข้อ(Inter-rater reliability) โดยใช้สูตรคำนวณความเชื่อมั่นของการสังเกต

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยเรื่องการหาความเชื่อมั่น (Inter-rater reliability) ของการใช้แบบประเมิน The revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar) ฉบับภาษาไทยของบุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ให้บริการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มสุรา ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นบุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ให้บริการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มสุร จำนวน 4 หอผู้ป่วย มีบุคลากรรวมทั้งหมคนจำนวน 43 คน ผลการศึกษาได้นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบ คำบรรยายโดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะพื้นฐานทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างซึ่งประกอบด้วย ลักษณะส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การดูแลบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มสุราแบบผู้ป่วยใน

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

2.1 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนประเมิน CIWA-Ar ของบุคลากรพยาบาลและผู้ประเมินมาตรฐานโดยรวมและแยกตามหอผู้ป่วย

2.2 ความเชื่อมั่น (Inter-rater reliability) ของการใช้แบบประเมิน The revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar) ของบุคลากรพยาบาลแยกเป็นรายชื่อโดยรวมและแยกตามหอผู้ป่วย

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะพื้นฐานทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง**  
**ลักษณะส่วนบุคคลซึ่งมีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1 และตารางที่ 2**

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	4	9.3
หญิง	39	90.7
<b>อายุ (ปี)</b>		
26-30	8	18.6
31-35	4	9.3
36-40	2	4.7
41-45	16	37.2
46-50	11	25.5
51-55	2	4.7
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ปริญญาตรี	25	58.1
ปริญญาโท	18	41.9

จากตาราง 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 90.7 ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 41-45 ปี จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 37.2 รองลงมาคือ 46-50 ปี จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 25.5 สำหรับระดับการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่จบปริญญาตรี จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 58.1

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประสบการณ์การดูแลบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มสุราแบบผู้ป่วยใน

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวน	ร้อยละ
<b>ประสบการณ์</b>		
น้อยกว่า 1 ปี	2	4.65
1-2 ปี	9	20.23
2-3 ปี	13	30.23
3-4 ปี	12	27.91
4-5 ปี	2	4.65
5 ปีขึ้นไป	5	11.63

จากตาราง 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มสุราแบบผู้ป่วยในนาน 2-3 ปี มากที่สุด จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 30.23 รองลงมา มีประสบการณ์ในการดูแลบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มสุราแบบผู้ป่วยในนาน 3-4 ปี จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 27.91 สำหรับประสบการณ์การดูแลบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มสุราแบบผู้ป่วยในน้อยที่สุดคือ น้อยกว่า 1 ปี มีจำนวน 2 คน คิดเป็น ร้อยละ 4.65

## ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนประเมิน CIWA-Ar ของบุคลากรพยาบาลกับ ผู้ประเมินมาตรฐาน โดยรวมและแยกตามหอผู้ป่วย ดังแสดงในตารางที่ 3

ตาราง 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างคะแนนการประเมิน CIWA-Ar ของบุคลากรพยาบาลกับผู้ประเมินมาตรฐาน โดยรวมและแยกตามหอผู้ป่วย

หอผู้ป่วย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน
หอผู้ป่วยสหทัย	0.998**
หอผู้ป่วยปัญญา	0.999**
หอผู้ป่วยจิระ	0.999**
หอผู้ป่วยฝ้ายคำ	0.999**
ภาพรวมทุกหอผู้ป่วย	0.999**

\*\* p < .01

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันของทุกหอผู้ป่วยโดยรวม เท่ากับ 0.999 หอผู้ป่วยปัญญา จิระ และฝ้ายคำ เท่ากันคือ 0.999 ส่วนหอผู้ป่วยสหทัยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน เท่ากับ 0.998

2.2 ความเชื่อมั่น (Inter-rater reliability) ของการใช้แบบประเมิน CIWA-Ar ของบุคลากรพยาบาลแยกเป็นรายข้อ โดยรวมและแยกตามหอผู้ป่วยดังแสดงในตารางที่ 4 และตารางที่ 5

ตาราง 4 ความเชื่อมั่นของการใช้แบบประเมิน CIWA-Ar ของบุคลากรพยาบาลแยกเป็นรายข้อ โดยรวม

รายละเอียดการประเมิน	ความเชื่อมั่น
อาการคลื่นไส้ อาเจียน	0.94
การรับสัมผัส ผิดปกติ	0.72
อาการสั่น	0.58
การรับรู้ทางเสียง ผิดปกติ	0.17
อาการเหงื่อออกเป็นพัก ๆ	0.60
การรับรู้ทางตา ผิดปกติ	0.56
อาการวิตกกังวล	0.65
ปวดหัว มึนตื้อ	0.78
อาการกระวนกระวาย	0.67
การรับรู้เรื่องเวลา สถานที่ บุคคล	0.89

จากตารางที่ 4 พบว่า บุคลากรพยาบาลมีการประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน ได้ใกล้เคียงกับผู้ประเมินมาตรฐานมากที่สุดโดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94 รองลงมาคือ การรับรู้เรื่องเวลา สถานที่ บุคคลมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 ส่วนการประเมินด้านการรับรู้ทางเสียง ผิดปกติมีค่าความเชื่อมั่นต่ำสุดเท่ากับ 0.17

ตาราง 5 ความเชื่อมั่นของกรใช้แบบประเมิน CIWA-Ar ของบุคลากรพยาบาลรายข้อ แยกตามหอผู้ป่วย

รายละเอียดการประเมิน	ความเชื่อมั่น			
	สหทัย	ปัญญา	จิริระ	ฝ้ายคำ
อาการคลื่นไส้ อาเจียน	0.89	1.00	0.96	0.92
การรับสัมผัส สติผิดปกติ	0.61	0.94	0.65	0.67
อาการสั่น	0.78	0.61	0.46	0.59
การรับรู้ทางเสียงผิดปกติ	0.11	0.11	0.27	0.17
อาการเหงื่อออกเป็นพัก ๆ	0.67	0.39	0.87	0.50
การรับรู้ทางตาผิดปกติ	0.61	0.44	0.77	0.38
อาการวิตกกังวล	0.56	0.72	0.81	0.50
ปวดหัว มีนตื้อ	0.56	0.83	0.88	0.79
อาการกระวนกระวาย	0.83	0.83	0.62	0.50
การรับรู้เรื่องเวลา สถานที่ บุคคล	0.94	0.94	0.88	0.83

จากตารางที่ 5 พบว่า หอผู้ป่วยสหทัย บุคลากรพยาบาลมีการประเมินการรับรู้เรื่องเวลา สถานที่ บุคคล ได้ใกล้เคียงกับผู้ประเมินมาตรฐานมากที่สุดโดยมีค่าความเชื่อมั่น 0.94 รองลงมาคือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ความเชื่อมั่น 0.89 และอาการกระวนกระวาย 0.83 ตามลำดับ ส่วนการประเมินการรับรู้ทางเสียงผิดปกติ พบว่ามีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับต่ำมาก 0.11

หอผู้ป่วยปัญญา บุคลากรพยาบาลมีการประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน การรับสัมผัส สติผิดปกติ และการรับรู้เรื่อง เวลา สถานที่ บุคคล ได้ตรงกับผู้ประเมินมาตรฐานมากที่สุดโดยมีความเชื่อมั่น 1.00, 0.94 ตามลำดับ อาการปวดหัว มีนตื้อและอาการกระวนกระวาย อาการวิตกกังวล ความเชื่อมั่นระดับสูง 0.83, 0.72 อาการเหงื่อออกเป็นพัก ๆ การรับรู้ทางตาผิดปกติมีความเชื่อมั่น มีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับต่ำคือ 0.39, 0.44 และการรับรู้ทางเสียงผิดปกติ มีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับต่ำมากคือ 0.11

หอผู้ป่วยจิริระ บุคลากรพยาบาลมีการประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีค่าความเชื่อมั่นระดับสูงมาก 0.96 รองลงมาคืออาการปวดหัว มีนตื้อและการรับรู้เรื่องเวลา สถานที่ บุคคล อาการเหงื่อออกเป็นพัก ๆ อาการวิตกกังวล มีความเชื่อมั่น 0.88, 0.87, 0.81 ส่วนการรับรู้ทางเสียงผิดปกติและอาการสั่น มีค่าความเชื่อมั่นต่ำ 0.27 และ 0.46 ตามลำดับ

หอผู้ป่วยผื่นคัน บุคลากรพยาบาลมีการประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีค่าความเชื่อมั่นในระดับสูง 0.92 รองลงมาคือการรับรู้เรื่องเวลา สถานที่ บุคคล อาการปวดหัว มีนื้อคือ 0.83, 0.79 ส่วนการรับรู้ทางตาผิดปกติอยู่ในระดับต่ำ 0.38 และการรับรู้ทางเสียงผิดปกติมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับต่ำมากที่สุด 0.17

### การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความเชื่อมั่น (Inter-rater) ของการใช้แบบประเมิน CIWA-Ar โดยเปรียบเทียบระหว่างผู้ใช้แบบประเมิน (raters) กับผู้ประเมินมาตรฐาน (Gold standard) กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรพยาบาลของโรงพยาบาลซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ให้บริการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มสุรา จำนวน 4 หอผู้ป่วย มีบุคลากรจำนวน 43 คน ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 90.7 อายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 41-45 ปี จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 37.2 รองลงมาคือ 46-50 ปี จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 25.5 สำหรับระดับการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่จบปริญญาตรีจำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 58.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มสุราแบบผู้ป่วยในนาน 2-3 ปีมากที่สุด จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 30.23 รองลงมา 3-4 ปี จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 27.91 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การดูแลบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มสุราน้อยที่สุดคือ น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 4.65

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้ ความเชื่อมั่นของการใช้แบบประเมิน CIWA-Ar ของบุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ให้บริการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มสุราภาพรวม พบว่า คะแนนการประเมินส่วนใหญ่เป็นไปในทิศทางเดียวกันใกล้เคียงกับผู้ประเมินมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างคะแนนการประเมิน CIWA-Ar ของบุคลากรพยาบาลกับผู้ประเมินมาตรฐานมีความสัมพันธ์กันในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r = 0.999^{**}$ ) เมื่อพิจารณาค่าความเชื่อมั่นจากการสังเกตจำแนกเป็นรายข้อตามรายละเอียดการประเมินพบว่า ค่าความเชื่อมั่นในระดับสูงมาก (0.90-1.00) คือ หัวข้ออาการคลื่นไส้ อาเจียน 0.94 พบตรงกันทุกหอผู้ป่วยเนื่องจากอาการดังกล่าวสามารถซักถามและสังเกตได้อย่างชัดเจน ส่วนหัวข้อที่มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง (0.70-0.90) คือ การรับสัมผัสผิดปกติ 0.72 อาการปวดหัว มีนื้อคือ 0.78 และการรับรู้เรื่องเวลา สถานที่ บุคคล 0.89 ค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับปานกลาง (0.50-0.70) คือ อาการสั่น 0.58 อาการเหงื่อออกเป็นพักๆ 0.60 การรับรู้ทางตาผิดปกติ 0.56 อาการวิตกกังวล 0.65 อาการกระวนกระวาย 0.67 ส่วนหัวข้อที่มีค่าความเชื่อมั่นต่ำมาก (0.00-0.30) คือ การรับรู้ทางเสียงผิดปกติ 0.17 ซึ่งพบตรงกันทุกหอผู้ป่วย อาจเนื่องมาจากการประเมินในหัวข้อดังกล่าวประกอบไปด้วยประโยคคำถาม 5 ข้อ ผู้ประเมินต้องมีการซักถาม ฟังคำตอบร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมตอบสนองของผู้ป่วยต่อเสียงที่ได้ยิน และตัดสินใจว่าอาการหูแว่วรุนแรงหรือไม่ ส่งผลให้ผู้ป่วยกลัวมากน้อยเพียงใด ซึ่งจำเป็นต้องขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของผู้ประเมินแต่ละบุคคลร่วมด้วยจึง

จะสามารถตัดสินใจทางคลินิกว่าควรให้คะแนนผู้ป่วยในระดับใด นอกจากนี้แล้วค่าความเชื่อมั่นจากการสังเกตส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางอาจเนื่องมาจากข้อจำกัดของกรให้ค่าคะแนนรายชื่อของแบบประเมินบางหัวข้อ เช่น อาการสั่น อาการวิตกกังวล มีช่วงของการให้ค่าคะแนนค่อนข้างกว้างตั้งแต่ 4 ถึง 7 ผู้ประเมินสามารถตัดสินใจให้คะแนนตามข้อมูลข้อมูลที่ผู้ประเมินสังเกตและซักถามได้ ซึ่งอาจทำให้ค่าคะแนนแตกต่างกันได้

ดังนั้นจึงควรมีการฝึกปฏิบัติการประเมินผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มสุราด้วยแบบประเมิน CIWA-Ar ขณะปฏิบัติงานร่วมกัน (on the job training) เป็นประจำอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ โดยฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยจริงที่รับการรักษาในโรงพยาบาล พร้อมกัน เวลาเดียวกันเพื่อความแม่นยำตรงของการใช้แบบประเมิน และเมื่อพิจารณาในแต่ละหอผู้ป่วยพบว่า ความเชื่อมั่นจากการสังเกตรายชื่อของแบบประเมินมีความแตกต่างกัน ดังนั้นจึงควรมีการฝึกทักษะเพิ่มเติมในหัวข้อที่มีค่าความเชื่อมั่นจากการสังเกตอยู่ในระดับต่ำและต่ำมาก โดยศึกษหทัยควรฝึกทักษะเพิ่มเติมในการประเมินหัวข้อการรับรู้ทางเสียงผิดปกติ ตึกปัญหาหัวข้อการรับรู้ทางเสียงผิดปกติ อาการเหงื่อออกเป็นพัก ๆ การรับรู้ทางตาผิดปกติ ตึกจระหัวข้อการรับรู้ทางเสียงผิดปกติ อาการสั่น ตึกฝ้ายคำหัวข้อการรับรู้ทางเสียงผิดปกติและการรับรู้ทางตาผิดปกติ และควรมีการจัดการฝึกอบรมการใช้แบบประเมิน CIWA-Ar เพื่อทบทวนเป็นระยะ ๆ ซึ่งจะช่วยให้บุคลากรพยาบาลสามารถประเมินและตัดสินใจในการให้ค่าคะแนนได้ใกล้เคียงกัน อีกทั้งส่งผลให้เกิดทักษะ ความชำนาญสามารถประเมินผู้ป่วยได้อย่างแม่นยำและเชื่อถือได้ เพราะการใช้แบบประเมิน CIWA-Ar สามารถช่วยในการประเมินระดับความรุนแรงของอาการถอนพิษสุราเพื่อตัดสินใจในการให้ยา Benzodiazepine เพื่อช่วยในการรักษาผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม (Nuss,2009) แต่อย่างไรก็ตามคะแนนจากการประเมินอาจผิดพลาดได้กรณีผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหรือมีปัญหาโรคร่วมทางกาย ต้องรับการรักษาด้วยยาหลายชนิด มีปัญหาเรื่องการทำงานของสมอง ตับไต อวัยวะอื่นๆ ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยงุนงง สับสนมาก มีอาการ delirium คล้ายอาการถอนพิษจากสุรา ดังนั้นจึงไม่ควรยึดคะแนนจากการประเมินเพียงอย่างเดียว ควรอาศัยการตัดสินใจทางคลินิกและการสังเกตภาวะอื่นๆ ร่วมด้วย (พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ 2553) อีกทั้งควรมีการประเมินผู้ป่วยซ้ำ หลังให้ยา Benzodiazepine ไปแล้วอาการ Delirium ยังไม่ลดลงหรืออาการทั่วไปทรุดลง ได้ประวัติด้านโรคทางกายอื่นๆ เพิ่มเติม จึงควรทบทวนการรักษาใหม่และค้นหาสาเหตุของปัญหาเพิ่มเติมและวางแผนให้การบำบัดรักษาให้ถูกต้อง เหมาะสมต่อไป (John M.B.,2004)

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาความเชื่อมั่นของการใช้แบบประเมิน CIWA-Ar ของบุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ให้บริการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มสุรา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ได้แก่ บุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ให้บริการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มสุรา จำนวน 4 หอผู้ป่วย มีบุคลากรพยาบาลรวมทั้งหมด 43 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ แบบประเมิน CIWA-Ar มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบวัดประเมินค่า 8 ระดับคือ 0-7 และสื่อวิดิทัศน์การประเมิน CIWA-Ar ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มสุราในระยะถอนพิษสุราที่ผู้ประเมินมาตรฐานได้ประเมินค่าคะแนนไว้แล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้อาภิบาลวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติ ผลการวิจัยพบว่า

1. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างคะแนนการประเมิน CIWA-Ar ของบุคลากรพยาบาลกับผู้ประเมินมาตรฐานมีความสัมพันธ์กันสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r = 0.999^{**}$ )

2. ค่าความเชื่อมั่นจากการสังเกตจำแนกเป็นรายข้อดังนี้ ค่าความเชื่อมั่นในระดับสูงมากคือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน 0.94 ค่าความเชื่อมั่นในระดับสูงคือ การรับสัมผัส ผิดปกติ 0.72 อาการปวดหัว มีนื้อคือ 0.78 และการรับรู้เรื่องเวลา สถานที่ บุคคล 0.89 ค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับปานกลางคือ อาการสั่น 0.58 อาการเหงื่อออกเป็นพักๆ 0.60 การรับรู้ทางตา ผิดปกติ 0.56 อาการวิตกกังวล 0.65 และอาการกระวนกระวาย 0.67 ส่วนหัวข้อที่มีค่าความเชื่อมั่นต่ำ คือ การรับรู้ทางเสียง ผิดปกติ 0.17

#### ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. เป็นแนวทางในการประเมินสมรรถนะของบุคลากรพยาบาลเกี่ยวกับการใช้แบบประเมิน CIWA-Ar ในการปฏิบัติงาน
2. เป็นแนวทางในการวางแผนการพัฒนาบุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ให้บริการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มสุรา

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความเชื่อมั่นของการใช้แบบประเมิน CIWA-Ar ระหว่างบุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปและหอผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มสุราเนื่องจากปัจจุบันปัญหาจากการดื่มสุราพบได้ในประชากรทั่วไป โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากรต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

“การเตรียมเครื่องมือวิจัย”. 2010.(ระบบออนไลน์). <http://www.bestwitted.com/?tag=reliability>. (16 JUNE 2010).

คณะกรรมการบริหารเครือข่ายของคณาจารย์วิชาการสารเสพติด.สถานภาพการบริโภคสุรา พศ.2550 จากการศึกษาวิจัยทั่วประเทศ กรุงเทพมหานคร ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2550  
มานิต ศรีสุรภานนท์และคณะ. (2542). โรคที่สัมพันธ์กับการใช้สาร ใน มานิต ศรีสุรภานนท์และ  
จำลอง คิชฌามิช. (บรรณาธิการ).ตำราจิตเวชศาสตร์. หน้า 124-129. เชียงใหม่: โรงพิมพ์  
แสงศิลป์.

พันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบุลย์หทัยชนนี บุญเจริญ(บรรณาธิการ).(2549).แนวเวชปฏิบัติการให้บริการ  
ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลจิตเวชพิมพ์ครั้งที่1.เชียงใหม่ : ไอเอ็มเอ  
เก็นเซอร์แอนด์แอดเวอร์ไทซิ่ง

พันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบุลย์(บรรณาธิการ).(2553). การดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้นสำหรับ  
บุคลากรสุขภาพ. แผนงานพัฒนาระบบ รูปแบบและวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุรา  
แบบบูรณาการ.พิมพ์ครั้งที่1.เชียงใหม่ : วนิดาการพิมพ์.

สมภพ เรืองตระกูล. (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่6. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล.(2553).การป้องกันและรักษาภาวะถอนพิษสุรา แผนงานพัฒนาระบบ รูปแบบ  
และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการพิมพ์ครั้งที่3.เชียงใหม่ : วนิดา  
การพิมพ์.

American Psychiatric Association. (1994). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 4 th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Anne M Holbrook, Renee Crowther, Ann Lotter, et al. (1999). Diagnosis and management of acute alcohol withdrawal.**Canadian Medical association Journal**. 160. March 9: 675-680.

Don Gallant, David E. Smith and Donald R. Wesson. (1995). Alcohol and Other Depressant Drug in **Treatment of Psychiatric disorder**. 2 nd ed. Vol 1. Washinton, DC: American Psychaitric Association.

“Inter-rater reliability” 2010.(ระบบออนไลน์). [http://en.wikipedia.org/wiki/Inter-rater\\_reliability](http://en.wikipedia.org/wiki/Inter-rater_reliability) (14June 2010).

- John M.B., & Maria I.L., (2004). "False Positive on the Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised : Is **The Scale Appropriate for use in the medically ill**" ,*Psychosomatic* 45 :256-261.
- Kaplan HI, Sadock BJ.(1998).**Synopsis of psychaitry**.8 th ed. Baltimore: William & Wilkins.
- Linda C. Sobell. (1991). **Archives of General Psychiatry**. American Medical Association. May 48: 442-447.
- Marc A. Schuckit. (2000). Alcohol-related disorders in Kaplan HI, Sadock BJ. **Comprehensive textbook of psychaitry**.7 th ed. Vol 1. Baltimore: William & Wilkins.
- Mayo-Smith et al. (1997). Pharmacological Management of Alcohol Withdrawal. **JAMA**, July 9, Vol 278, No. 2: 144-149.
- Nuss MA., Elnicki., Dunzworth TS.; and Makela EH. "Utilizing CIWA-Ar to assess use of benzodiazepines in patients vulnerable to alcohol withdrawal syndrome". **WV Med J** 2004 (Jan-Feb); 100(1) 21-5.
- Patrick G. O Connor and Richard S. Schottenfeld. (1988). Patients With alcohol Problems in **The New England Journal of Medicine**. February 26, Vol 338, No. 9: 592-600.
- Samson, H., R.Harris. (1992). "Neurobiology of Alcohol Abuse." **Trends in Pharmacological Sciences**. 13: 206-11.
- Sullivan, J.T; Sykora, K; Schneiderman,J; Naranjo, C.A.; and Seller, E.M. (1989). Assessment of alcohol withdrawal: The revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar). **Br J Addict**. 84: 1353-57.
- World Health Organization. (1992 ). **The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders**. Geneva: World Health Organization.

## ประวัติส่วนตัวของผู้วิจัย

- (1) **ชื่อ – สกุล**                      นางพรทิพย์ ธรรมวงศ์
- ตำแหน่งปัจจุบัน**                    พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
- สถานที่ทำงาน**                      โรงพยาบาลสวนปรุง 131 ถ.ช่างหล่อ อ.เมือง จังหวัดเชียงใหม่
- ประวัติการศึกษา**                    ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาล  
พุทธชินราช พิษณุโลก พศ.2528
- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช  
มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ พศ. 2541
- ประวัติการทำงาน**
- 2528- ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (APN) พศ.2546 โรงพยาบาลสวนปรุง
- 
- (2) **ชื่อ – สกุล**                      นางอัญชลี คำรงไชย
- ตำแหน่งปัจจุบัน**                    พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
- สถานที่ทำงาน**                      โรงพยาบาลสวนปรุง 131 ถ.ช่างหล่อ อ.เมือง จังหวัดเชียงใหม่
- ประวัติการศึกษา**                    ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาล  
พุทธชินราช พิษณุโลก พศ.2531
- ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่  
พศ. 2543
- ประวัติการทำงาน**
- 2531- ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนปรุง