ด่วนที่สุด

ที่ ยธ ๐๗๐๘.๒ /๔๑๖๓



กรมราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรม
๒๒๒ ถนนนนทบุรี ๑ ตำบลสวนใหญ่
อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๓๑ มีนาคม ๒๕๕๙

เรื่อง กำชับแนวทางการดูแลผู้ต้องขังที่เสพสุราและมีภาวะถอนพิษสุราแบบรุนแรง (Alcohol withdrawal delirium)

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัด ผู้บัญชาการเรือนจำ ผู้อำนวยการทัณฑสถาน สถานกักขัง และสถานกักกัน

อ้างถึง ๑. หนังสือกรมราชทัณฑ์ ที่ ยธ ๐๗๐๘/๒๖๒๓ ลงวันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๕๐
๒. หนังสือกรมราชทัณฑ์ ด่วนที่สุด ที่ ยธ ๐๗๐๘/ว๔๑ ลงวันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๕๒
๓. หนังสือกรมราชทัณฑ์ ที่ ยธ ๐๗๐๘.๖/๒๗๖๔๖ ลงวันที่ ๗ กันยายน ๒๕๕๘

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แนวทางการใช้แบบประเมิน Audit
๒. แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Audit) ใช้ประเมิน/คัดกรองผู้ป่วยที่ดื่มสุรา
๓. แบบประเมินความรุนแรงถอนพิษสุราด้วยเครื่องมือ AWS (Alcohol withdrawal Scale) แบบสจ.๑๗ (๑) และ ๑๗ (๒)
๔. แนวทางการผูกยึดผู้ป่วย (Clinical Practrice Guideline for Physical Restraint)
๕. แบบประเมินผู้ป่วยเพื่อตัดสินใจผูกยึด

ด้วยปัจจุบันกรมราชทัณฑ์ ต้องควบคุมผู้ต้องขัง/ผู้ต้องกักขัง ที่มีปัญหาติดสุราเรื้อรัง โดยเฉพาะคดีพระราชบัญญัติจราจร ฐานความผิดขับรถในขณะเมาสุราหรือของเมาอย่างอื่น ซึ่งผู้ต้องขังดังกล่าวบางราย มักมีปัญหาดื่มสุราอย่างหนักและติดต่อกันมานาน ทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดอาการขาดสุราหรือมีภาวะถอนพิษสุราตั้งแต่แรกรับ อาการตรวจพบเช่น ตัวสั่น มือสั่น ตึงเครียด ชัก ประสาทหลอน มีอาการสับสน วุ่นวาย มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง หรือควบคุมตนเองไม่ได้ เป็นต้น ซึ่งอาการดังกล่าวหากไม่ได้รับการประเมินความเสี่ยง เฝ้าระวังถอนพิษสุรา หรือได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม จะทำให้เกิดปัญหาความเจ็บป่วยมีอาการแทรกซ้อนรุนแรงหรืออาจทำให้เสียชีวิตได้

ดังนั้น เพื่อให้เรือนจำ/ทัณฑสถาน สามารถให้การดูแลผู้ต้องขังกลุ่มดังกล่าวเป็นไปในแนวทางเดียวกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งลดปัญหาการร้องเรียนกรณีผู้ต้องขังที่มีภาวะถอนสุราแบบรุนแรงได้รับบาดเจ็บจากการทำร้ายตนเอง หรือถูกผู้ต้องขังอื่นทำร้ายจนอาจทำให้ถึงแก่ชีวิต ให้เรือนจำ/ทัณฑสถาน ถือปฏิบัติ ดังนี้

๑. ให้เรือนจำ/ทัณฑสถาน และสถานกักขัง ควบคุมผู้ต้องขัง/ผู้ต้องกักขัง ที่มีอาการขาดสุราหรือมีภาวะถอนพิษสุราแบบรุนแรงไว้สถานพยาบาลเป็นการเฉพาะ โดยจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม ควรอยู่ในที่มีแสงสว่างพอควรไม่มีเสียงดังรบกวน มอบหมายให้มีผู้สังเกตอาการและดูแลใกล้ชิด หากใช้เตียงผู้ป่วยควรอยู่ห่างจากหน้าต่างหรือสถานที่ที่อาจก่อให้เกิดอันตราย เนื่องจากบางครั้งผู้ต้องขังอาจมีอาการรุนแรง เช่น หวาดกลัว ประสาทหลอน สับสน หรือมีพฤติกรรมที่อาจก่ออันตรายแก่ตนเองหรือผู้อื่น ซึ่งอาจจำเป็นต้องมีการผูกยึดชั่วคราว

๒. ในการรับตัวผู้ต้องขังในข้อ ๑ ให้เรือนจำใช้แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Audit) ของผู้ต้องขัง (ตามแบบที่ส่งมาด้วย ๑ และ๒) โดยให้ดำเนินการทันทีในวันที่รับตัว รวมทั้งซักประวัติการดื่ม

/แอลกอฮอล์...

แอลกอฮอล์/ปริมาณการดื่มสุรา / อาการที่ตรวจพบ ตรวจร่างกายให้ละเอียด ดูบาดแผลรอยฟกช้ำ และวัดสัญญาณชีพ บันทึกไว้เป็นหลักฐานให้ชัดเจน

๓. ให้พยาบาล/นักจิตวิทยา ตรวจประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุราโดยใช้แบบประเมินความรุนแรงถอนพิษสุราด้วยเครื่องมือ AWS (Alcohol withdrawal Scale) แบบสจ.๑๗ (๑) และ ๑๗ (๒) ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๓ โดยซักถาม/สังเกตอาการ ที่ตรวจพบ เช่นอาการเหงื่อออก มือสั่น กระสับกระส่ายอยู่ไม่ติดที่ อุณหภูมิร่างกาย อาการประสาทหลอน (หูแว่ว ภาพหลอน) และการรับรู้ บุคคล เวลา สถานที่ ทั้งนี้ให้มีการติดตามอาการถอนพิษสุราอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลา ๓ วัน เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของอาการต่างๆ อย่างใกล้ชิด

๔. ให้การพยาบาลตามอาการและแผนการรักษาของแพทย์ ดังนี้

๔.๑ ประเมินความรู้สึกตัว ถ้าพบผู้ต้องขังป่วยมีอาการหวาดกลัว ประสาทหลอน สับสนมากหรือมีพฤติกรรม ที่อาจก่ออันตรายแก่ตนเองหรือผู้อื่น อาจจำเป็นต้องมีการผูกยึด (Restrained) ชั่วคราวไว้ที่เตียงผู้ป่วย โดยให้ปฏิบัติตามแนวทางการผูกยึดผู้ป่วย และประเมินผู้ป่วยเพื่อตัดสินใจผูกยึด ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๔ และ ๕

๔.๒ ดูแลให้ผู้ต้องขังได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ยาที่ใช้ในการรักษา ได้แก่ Benzodiazepine ที่นิยมใช้ Diazepam และ Chlordiazepoxide (การใช้ยาต้องอยู่ภายใต้คำสั่งการรักษาของแพทย์) รวมทั้งยาอื่นๆที่รักษาตามอาการที่ตรวจพบ

๔.๓ ประเมินอาการเป็นระยะๆ เช่นสัญญาณชีพ การอ่อนแรงแขนขา ความรู้สึกตัว ฯลฯ รวมทั้งประเมินภาวะโภชนาการ ดูแลให้ผู้ต้องขังดังกล่าวได้รับสารน้ำ และอาหารที่จำเป็นและเหมาะสม ซึ่งผู้ป่วยโรคพิษสุรามักพบการขาดสารอาหารร่วมด้วยโดยเฉพาะ Thiamine B ๑๒ และ folic acid ในรายที่มีอาการถอนพิษสุราไม่มากนักอาจ พิจารณาให้เกลือแร่ทดแทนและในรายที่รับประทานอาหารไม่ได้ ประสาน/รายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาให้สารน้ำทางหลอดเลือด

๔.๔ จัดให้ผู้ต้องขังอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เงียบสงบ ลดสิ่งกระตุ้น แสงและเสียง

๔.๕ การผูกมัดผู้ป่วยต้องพิจารณาถึงความจำเป็น โดยกระทำเพื่อเป็นการป้องกันการเกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเอง/ผู้ต้องขังอื่น โดยต้องอยู่ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิดของผู้บำบัดรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ

๔.๖ ในกรณีรับตัวผู้ต้องขังที่มีอาการถอนพิษสุรา และประเมินสภาพแล้วว่ามีอาการรุนแรง หากปล่อยไว้อาจเกิดอันตรายถึงชีวิต ให้เรือนจำ รีบดำเนินการส่งตัวผู้ต้องขังดังกล่าวไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลภายนอกในพื้นที่เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และขอได้แจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบและถือปฏิบัติต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายปกิณ วรปัญญา)
รองอธิบดีกรมราชทัณฑ์ปฏิบัติราชการแทน
อธิบดีกรมราชทัณฑ์

กองบริการทางการแพทย์
โทร ๐ ๒๙๖๗ ๓๓๕๔
โทรสาร ๐ ๒๙๖๗ ๓๓๕๔

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑

แนวทางการใช้แบบประเมิน AUDIT (Administration Guidelines)

แบบประเมิน AUDIT ใช้ประเมิน/คัดกรองปัญหาการดื่มสุรา โดยที่ใช้มีลักษณะเป็นแบบสัมภาษณ์ ซึ่งในการดำเนินการดังกล่าวต้องให้ความสำคัญกับสิ่งต่อไปนี้

- ผู้สัมภาษณ์ (หรือผู้ประเมิน) ควรแสดงท่าทีเป็นมิตร ไม่ขู่เข็ญคุกคาม
- ผู้ต้องขังต้องไม่อยู่ในภาวะเมาสุรา หรืออยู่ในภาวะที่ต้องการการรักษาแบบฉุกเฉิน
- ต้องแจ้งวัตถุประสงค์ของการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราให้ชัดเจน
- ต้องให้ความมั่นใจว่าคำตอบของผู้ป่วยจะเก็บเป็นความลับ

การแปลผลคะแนน AUDIT

คะแนน	ระดับความเสี่ยง	แนวทางการรักษา
๐ - ๗	**ผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ** Low risk drinker	Alcohol Education: ให้ความรู้เกี่ยวกับการดื่มสุรา และอันตรายที่อาจเกิดขึ้นหากดื่มมากกว่านี้ และชื่นชมพฤติกรรมการดื่มที่เสี่ยงต่ำ ใช้เวลาไม่มากกว่าหนึ่งนาที **ตัวอย่างการให้ความรู้** : "ถ้าจะดื่มก็ไม่ควรดื่มเกินวันละสองดื่มมาตรฐาน (เหล้า ๔ ฝา หรือเบียร์ ๑.๕ กระป๋อง หรือไวน์ ๒ แก้ว) และต้องหยุดดื่มอย่างน้อยสัปดาห์ละสองวัน แม้ว่าจะดื่มในปริมาณที่น้อยแค่ไหนก็ตาม คุณควรใส่ใจปริมาณการดื่ม โปรดจำไว้ว่า เบียร์หนึ่งขวด ไวน์หนึ่งแก้ว และเหล้าหนึ่งก๊งมีปริมาณแอลกอฮอล์เท่ากันคือหนึ่งดื่มมาตรฐานการดื่มสุราแม้จะเพียงน้อยนิดก็มีความเสี่ยงเสมอต่อสุขภาพและเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ และไม่ควรดื่มหรือดื่มน้อยกว่านี้ หากต้องขับขี่ยานพาหนะ หรือทำงานกับเครื่องจักร (ผู้หญิง: ตั้งครรภ์ วางแผนตั้งครรภ์ หรือให้นมบุตร) กำลังรับประทานยาบางชนิดที่อาจมีปฏิกิริยากับแอลกอฮอล์ อายุมากกว่า ๖๕ ปี หรือผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย เช่น เบาหวานความดัน โรคตับ โรคทางจิตเวช หรือโรคอื่นๆ ควรปรึกษาแพทย์ " **ตัวอย่างการชื่นชม** : "คุณทำได้ดีแล้วและพยายามรักษาระดับการดื่มของคุณให้ต่ำกว่าหรือไม่เกินระดับที่เสี่ยงต่ำ
๘ - ๑๕	**ผู้ดื่มแบบเสี่ยง** Hazardous drinker หมายถึงลักษณะการดื่มสุราที่เพิ่มความเสี่ยงต่อผลเสียหายตามมาทั้งต่อตัวผู้ดื่มเองหรือผู้อื่น พฤติกรรมการดื่มแบบเสี่ยงนี้ถือว่ามีความสำคัญในเชิงสาธารณสุข แม้ว่าขณะนี้ผู้ดื่มจะยังไม่เกิดความเจ็บป่วยใดๆ ก็ตาม	Brief Advice or Simple Advice: การให้คำแนะนำแบบสั้น สามารถปฏิบัติได้โดยเจ้าหน้าที่ทุกระดับ **๑. การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ** **ตัวอย่าง** "ผลการประเมินปัญหาการดื่มสุราพบว่าคุณดื่มแบบเสี่ยง เนื่องจากคุณดื่ม (ปริมาณ/ความถี่/รูปแบบน)" **๒. การให้ข้อมูลผลกระทบจากความเสี่ยงสูง** **ตัวอย่าง** "แม้ว่าในขณะนี้คุณยังไม่พบปัญหาอะไรชัดเจน แต่ลักษณะการดื่มแบบนี้เป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อ สุขภาพ เช่น โรคกระเพาะ โรคตับ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนขณะเมาสุราหรือ เสี่ยงต่อปัญหาครอบครัว ปัญหาอาชีพ หรือปัญหาการเงินได้" **๓. การกำหนดเป้าหมายและให้คำแนะนำการดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำ** **ตัวอย่าง** "หากเป็นไปได้ คุณควรเลือกที่จะหยุดดื่ม หรือถ้ายังจะดื่มอยู่ควรดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำ โดยดื่มไม่เกินวันละสองดื่มมาตรฐาน (เหล้า ๔ ฝา หรือเบียร์ ๑.๕ กระป๋อง หรือ ไวน์ ๒ แก้ว) และต้องหยุดดื่มอย่างน้อยสัปดาห์ละสองวัน คุณคิดว่าคุณจะเลือกวิธีไหนดีคะ/ครับ" **๔. เสริมแรงกระตุ้น** **ตัวอย่าง** "จริง ๆ แล้ว มันอาจไม่ง่ายหรอกที่คุณจะลดการดื่มลงให้อยู่ภายในขีดจำกัด แต่หากคุณเผลอดื่มเกินขีดจำกัดให้พยายามเรียนรู้ว่าเพราะอะไรจึงเป็นเช่นนั้นและวางแผนป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นอีก หากคุณระลึกเสมอถึงความสำคัญของการลดความเสี่ยงจากการดื่มลงคุณก็จะสามารถทำได้"
๑๖ - ๑๙	**ผู้ดื่มแบบอันตราย** Harmful use หมายถึงการดื่มสุราจนเกิด ผลเสียตามมาต่อสุขภาพกาย หรือสุขภาพจิต รวมถึงผลเสีย ทางสังคมจากการดื่ม	Brief Intervention/Brief Counseling: การให้การบำบัดแบบสั้น สามารถปฏิบัติได้โดยเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฝึก อบรมการให้คำปรึกษา การรับฟังอย่างเห็นอกเห็นใจและการเสริมสร้างแรงจูงใจ ๑. การให้คำแนะนำแบบสั้น โดยการคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา ประเมินปัญหาการดื่มและปัญหาที่เกี่ยวข้อง สะท้อนปัญหาและให้คำแนะนำว่าอยู่ในกลุ่มดื่มแบบเสี่ยงสูง ควรบันทึกผลหรือสถานการณ์ที่เป็นผลจากการดื่ม **๒. ประเมินแรงจูงใจ** ความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และให้คำแนะนำที่เหมาะสมตามระดับ ๓. **ตั้งเป้าหมาย** ในการลด/ละ/เลิก หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๔. **ติดตามดูแล** เพื่อติดตามพฤติกรรมดื่ม แก้ไขปัญหาอุปสรรค กำหนดวิธีการแก้ไขอย่างชัดเจน
> ๒๐	**ผู้ดื่มแบบติด** Alcohol dependence	ควรได้รับการส่งต่อพบแพทย์ เพื่อการตรวจวินิจฉัยและวางแผนการบำบัดรักษา

การเทียบปริมาณแอลกอฮอล์

การเทียบปริมาณแอลกอฮอล์ในเครื่องดื่มเป็นดื่มมาตรฐาน (Standard Drink) ในคำตอบข้อ ๒ และ ๓ ของ AUDIT หนึ่งดื่มมาตรฐานเท่ากับแอลกอฮอล์ ๑๐ กรัม

.....

- เหล้าแดง ๓๕ ดีกรี: ๒ ฝาใหญ่ หรือ ๓๐ cc = ๑ ดื่มมาตรฐาน,
  หาก ๑ แบนมี ๓๕๐ cc : ¼ แบน = ๓ ดื่มมาตรฐาน, ½ แบน = ๖ ดื่มมาตรฐาน, ๑ แบน = ๑๒ ดื่มมาตรฐาน
  หาก ๑ ขวดมี ๗๐๐ cc : ¼ ขวด = ๖ ดื่มมาตรฐาน, ½ ขวด= ๑๒ ดื่มมาตรฐาน, ๑ ขวด= ๒๔ ดื่มมาตรฐาน
- เหล้าขาว ๔๐ ดีกรี :๑ เป๊ก หรือ ๕๐ cc = ๑.๕ ดื่มมาตรฐาน • เบียร์ ๕ % เช่น สิงห์ ไฮเนเกน ลีโอ เชียร์ ไทเกอร์ ช้างดราฟ : ¾ กระป๋อง/ขวดเล็ก = ๑ ดื่มมาตรฐาน,๑ ขวดใหญ่ ๖๖๐ cc = ๒.๕ ดื่มมาตรฐาน
- เบียร์ ๖.๔ % เช่น ช้าง : ½ กระป๋อง หรือ ๑/๓ ขวดใหญ่ = ๑ ดื่มมาตรฐาน
- ไวน์ ๑๒ % : ๑ แก้ว ๑๐๐ cc = ๑ ดื่มมาตรฐาน, ไวน์คูเลอร์ ๑ ขวด = ๑ ดื่มมาตรฐาน
- น้ำขาว อุ กระแช่ ๑๐% : ๓ เป๊ก/ตอง/ก๊ง หรือ ๑๕๐ cc = ๑ ดื่มมาตรฐาน
- สาโท สุราแช่ สุราพื้นเมือง ๖% : ๔ เป๊ก/ตอง/ก๊ง หรือ ๒๐๐ cc = ๑ ดื่มมาตรฐาน

ที่สำคัญ อย่าลืมว่าผู้ดื่มส่วนใหญ่มักไม่ทราบปริมาณการดื่มของตนที่ชัดเจน และมักประมาณการดื่มต่ำกว่าความเป็นจริง และเครื่องดื่ม แต่ละชนิด แต่ละยี่ห้อมีขนาดบรรจุที่แตกต่างกัน ข้อมูลที่ได้เป็นเพียงการประมาณการดื่มเท่านั้น

ที่มา : AUDIT แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา

แนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ

แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา AUDIT : ฉบับสัมภาษณ์

กรุณาอ่านคำถามตามตัวหนังสือ บันทึกคำตอบด้วยความระมัดระวัง เริ่มต้นการประเมินโดยกล่าวว่า "ตอนนี้ ผม/ดิฉันจะถามคุณเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์(สุรา) ของคุณในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมานี้" อธิบายความหมายของ "เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือ สุรา" โดยใช้ตัวอย่างเครื่องดื่มที่นิยมในท้องถิ่น เช่น เบียร์ ไวน์ วอดก้า ฯลฯ ให้ลงคำตอบเป็น "ดื่มมาตรฐาน" กรอกคำตอบที่ถูกต้องลงในช่องสี่เหลี่ยมด้านขวามือ

๑. คุณดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บ่อยเพียงไร
- (๐) ไม่เคยเลย (ข้ามไปที่คำถามข้อ ๙ – ๑๐)
- (๑) เดือนละครั้ง หรือ น้อยกว่า
- (๒) ๒ ถึง ๔ ครั้ง ต่อเดือน
- (๓) ๒ ถึง ๓ ครั้ง ต่อสัปดาห์
- (๔) ๔ ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์

☐

๒. เวลาที่คุณดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยทั่วไปแล้ว คุณดื่มประมาณเท่าไรต่อวัน (ดื่มมาตรฐาน)
- (๐) ๑ หรือ ๒
- (๑) ๓ หรือ ๔
- (๒) ๕ หรือ ๖
- (๓) ๗ , ๘ หรือ ๙
- (๔) ๑๐ หรือ มากกว่านั้น

☐

๓. คุณดื่ม ๖ ดื่มมาตรฐานหรือมากกว่านั้นบ่อยแค่ไหน
- (๐) ไม่เคยเลย
- (๑) น้อยกว่าเดือนละครั้ง
- (๒) เดือนละครั้ง
- (๓) สัปดาห์ละครั้ง
- (๔) ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน

ข้ามไปที่คำถามที่ ๙ และ ๑๐
ถ้าคะแนนรวมของคำถามที่ ๒ และ ๓ = ๐

☐

๔. ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อยครั้งเพียงไรที่คุณพบว่า คุณไม่สามารถหยุดดื่มได้ หากคุณได้เริ่มดื่มไปแล้ว
- (๐) ไม่เคยเลย
- (๑) น้อยกว่าเดือนละครั้ง
- (๒) เดือนละครั้ง
- (๓) สัปดาห์ละครั้ง
- (๔) ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน

☐

๕. ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่คุณไม่ได้ทำสิ่งที่คุณควรจะทำตามปกติ เพราะคุณมัวแต่ไปดื่มเสีย
- (๐) ไม่เคยเลย
- (๑) น้อยกว่าเดือนละครั้ง
- (๒) เดือนละครั้ง
- (๓) สัปดาห์ละครั้ง
- (๔) ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน

☐

๖. ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่คุณต้องรีบดื่มทันทีในตอนเช้า เพื่อจะได้ดำเนินชีวิตตามปกติ หรือถอนอาการเมาค้างจากการดื่มหนักในคืนที่ผ่านมา
- (๐) ไม่เคยเลย
- (๑) น้อยกว่ากว่าเดือนละครั้ง
- (๒) เดือนละครั้ง
- (๓) สัปดาห์ละครั้ง
- (๔) ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน

☐

๗. ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่คุณรู้สึกไม่ดี โกรธหรือเสียใจ เนื่องจากคุณได้ทำบางสิ่งบางอย่างลงไปในขณะที่คุณดื่ม
- (๐) ไม่เคยเลย
- (๑) น้อยกว่าเดือนละครั้ง
- (๒) เดือนละครั้ง
- (๓) สัปดาห์ละครั้ง
- (๔) ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน

☐

๘. ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่คุณไม่สามารถจำได้ว่าเกิดอะไรขึ้นในคืนที่ผ่านมา หลังจากที่คุณดื่ม
- (๐) ไม่เคยเลย
- (๑) น้อยกว่ากว่าเดือนละครั้ง
- (๒) เดือนละครั้ง
- (๓) สัปดาห์ละครั้ง
- (๔) ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน

☐

๙. ตัวคุณเองหรือคนอื่น เคยได้รับบาดเจ็บซึ่งเป็นผลจากการดื่มของคุณหรือไม่
- (๐) ไม่เคยเลย
- (๒) เคย แต่ไม่ได้เกิดขึ้นในปีที่แล้ว
- (๔) เคยเกิดขึ้นในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว

☐

๑๐. เคยมีแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ หรือเพื่อนฝูงหรือญาติพี่น้องแสดงความเป็นห่วงเป็นใยต่อการดื่มของคุณหรือไม่
- (๐) ไม่เคยเลย
- (๒) เคย แต่ไม่ได้เกิดขึ้นในปีที่แล้ว
- (๔) เคยเกิดขึ้นในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว

☐

บันทึกคะแนนรวม ☐

แบบ สจ.17(1)

แบบประเมินความรุนแรงอาการถอนพิษสุราด้วยเครื่องมือ AWS
(Alcohol Withdrawal scale : AWS)

ITEM 1: PERSPRATION (เหงื่อ) 0 ไม่มีเหงื่อ 1 ขึ้นเฉพาะที่ฝ่ามือ 2 ฝ่ามือขึ้นและมีเม็ดเหงื่อเฉพาะตามใบหน้า ตามตัว 3 เหงื่อเปียกขึ้นไปทั้งตัว 4 เหงื่อออกอย่างมากจนเสื้อผ้าเปียก	ITEM 5: AXILLA TEMPERATURE (อุณหภูมิ) 0 อุณหภูมิ 37.0 °C หรือน้อยกว่า 1 อุณหภูมิ 37.1 °C ถึง 37.5 °C 2 อุณหภูมิ 37.6 °C ถึง 38.0 °C 3 อุณหภูมิ 38.1 °C ถึง 38.5 °C 4 อุณหภูมิ มากกว่า 38.5 °C
ITEM 2: TREMOR (สั่น) 0 ไม่มีอาการสั่น 2 มีอาการสั่นเฉพาะเวลายื่นมือไปจับสิ่งของ/ถือของ 3 มีมือสั่นเล็กน้อยตลอดเวลา 4 มีมือสั่นอย่างมากตลอดเวลา	ITEM 6: HALLUCINATION (ประสาทหลอน) 0 ไม่มีประสาทหลอนเลย 1 มีอาการเห็นสิ่งของรอบข้างบิดเบือนไปเป็นพักๆ ยังรู้ตัวดีว่าสิ่งนั้นไม่ได้เกิดขึ้นจริง 2 มีประสาทหลอนชัดเจนเกิดขึ้นเฉพาะของบางสิ่งหรือบางเหตุการณ์ และเกิดขึ้นช่วงสั้นๆ ยังคงรับรู้ความเป็นจริงอยู่ 3 มีประสาทหลอนชัดเจนเหมือนข้อ 2 แต่ไม่เชื่อว่าไม่ใช่เรื่องจริง ยากที่จะให้ยอมรับได้ว่าเป็นประสาทหลอน · รู้สึกทุกข์ทรมานกับอาการประสาทหลอนนั้น และยังรับรู้ความเป็นจริงเฉพาะบางเรื่อง 4 มีประสาทหลอนชัดเจนในหลายเรื่อง ไม่สามารถรับรู้ความเป็นจริงได้ ผู้ป่วยเหมือนอยู่ในโลกของประสาทหลอน
ITEM 3: ANXIETY (วิตกกังวล) 0 สงบ ไม่มีอาการวิตกกังวล 1 รู้สึกไม่ค่อยสบายใจ 2 รู้สึกหวาดหวั่น ตกใจง่าย 3 วิตกกังวล กลัว สงบได้ยาก 4 ไม่สามารถควบคุมอาการวิตกกังวลได้ รวมถึง panic attacks	
ITEM 4: AGITATION (กระสับกระส่าย) 0 ปกติ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย 1 งุ่นง่าน อยู่ไม่นิ่ง 2 กระวนกระวายพลิกตัวไปมา ไม่สามารถนอนพักนิ่งๆ ได้ 3 กระสับกระส่าย เปลี่ยนท่าบ่อยๆ เดินไปมาไม่มีจุดมุ่งหมาย สามารถแนะนำให้นั่งพักหรือนอนพักได้ช่วงสั้นๆ 4 กระสับกระส่ายอย่างมาก ไม่สามารถอยู่นิ่งได้เลย เดินไปมาตลอดเวลา	ITEM 7: ORIENTATION (การรับรู้บุคคล วันเวลา สถานที่) 0 รับรู้บุคคล วันเวลา สถานที่ ได้ดี 1 รับรู้บุคคลและสถานที่ได้ดี แต่มีปัญหาเรื่องวันเวลา 2 รับรู้บุคคลได้ดี แต่มีปัญหาการรับรู้สถานที่และวันเวลาเป็นบางครั้ง 3 มีปัญหาการรับรู้บุคคลบางครั้ง แต่การรับรู้สถานที่และวันเวลาเสียไป 4 เสียการรับรู้บุคคล สถานที่ วันเวลา ไม่ทราบตัวเองอยู่ที่ไหน อยู่กับใคร และไม่รู้วันเวลา

AWS TOTAL

1 - 4	=	Mild withdrawal
5 - 9	=	Moderate withdrawal
10 - 14	=	Severe withdrawal
≥ 15	=	Very Severe withdrawal

มาตรการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา

ความรุนแรง	AWS SCORE	การให้ยา
Mild withdrawal	1-4	อาจไม่จำเป็นต้องให้ยา
Moderate withdrawal	5-9	การรักษาด้วยยาช่วยลดโอกาสอาการถอนพิษสุราที่รุนแรง
Severe withdrawal	10-14	ต้องได้รับการรักษาด้วยยาและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด
Very Severe withdrawal	≥ 15	ต้องให้การรักษาด้วยยาขนาดสูงเพื่อทำให้อาการสงบอย่างรวดเร็ว

แบบ สจ.17(2)

AD 2-2 : แบบบันทึกติดตามอาการถอนพิษสุรารายบุคคลด้วยเครื่องมือ AWS

ALCOHOL WITHDRAWAL SCALE		ชื่อ: ..... อายุ: .....ปี HN: ..... ตึก: ..... เพศ: ชาย หญิง									
วันที่ดื่มครั้งสุดท้าย: ...../...../.....	วันที่										
เวลา .....AM/PM	เวลา										
เหงื่อ	0 ไม่มีเหงื่อ 1 ชื้นเฉพาะที่ฝ่ามือ 2 ฝ่ามือชื้น มีเม็ดเหงื่อตามใบหน้าตามตัว 3 เหงื่อเปียกชื้นไปทั้งตัว 4 เหงื่อออกอย่างมากจนเสื้อผ้าเปียก										
สั่น	0 ไม่มีอาการสั่น 1 สั่นเฉพาะเวลายื่นมือไปจับสิ่งของ 2 มีมือสั่นเล็กน้อยตลอดเวลา 3 มีมือสั่นอย่างมากตลอดเวลา										
วิตกกังวล	0 สงบ ไม่มีอาการวิตกกังวล 1 รู้สึกไม่ค่อยสบายใจ 2 รู้สึกหวาดหวั่น ตกใจง่าย 3 วิตกกังวล กลัว สงบได้ยาก 4 ควบคุมอาการวิตกกังวลไม่ได้ panic										
กระสับกระส่าย	0 ปกติ 1 งุ่นง่าน อยู่ไม่นิ่ง 2 พลิกตัวไปมา ไม่สามารถนอนพักนิ่งๆ ได้ 3 กระสับกระส่าย พักได้ช่วงสั้นๆ 4 กระสับกระส่ายมาก ไม่สามารถอยู่นิ่งได้										
อุณหภูมิ	0 อุณหภูมิ 37.0 °C หรือน้อยกว่า 1 อุณหภูมิ 37.1 °C ถึง 37.5 °C 2 อุณหภูมิ 37.6 °C ถึง 38.0 °C 3 อุณหภูมิ 38.1 °C ถึง 38.5 °C 4 อุณหภูมิ 38.6 °C หรือมากกว่า										
ประสาทหลอน V= ภาพหลอน T= มีอะไรไต่ตามตัว A= หูแว่ว	0 ไม่มี 1 มีบ้าง แต่รู้ตัว 2 มีเป็นช่วงสั้นๆ เชื่อบ้าง 3 มีบ่อยๆ รู้สึกทุกข์ทรมาน 4 ไม่รับรู้ความเป็นจริง										
การรับรู้ บุคคล วันเวลา สถานที่	0 รับรู้ได้ดี 1 ไม่แน่ใจเรื่องวันเวลา 2 ไม่แน่ใจเรื่องวันเวลา และสถานที่ 3 ไม่แน่ใจเรื่องวันเวลา สถานที่ และบุคคล 4 เสียการรับรู้										
	คะแนนรวม AWS										
ความดันโลหิต											
ชีพจร											
อัตราการหายใจ											
ระดับความรู้สึกตัว	1 ตื่น รู้ตัวดี ฟังคำสั่งได้ 2 สับสนตอบสนองต่อเสียง 3 ซึม ตอบสนองต่อความเจ็บปวด 4 Semi-comatose 5 Comatose										
Pupils + reacts - no reaction B brisk S Sluggish	Size in mm Reaction										
ยาที่ให้เพิ่ม											
Nurse Initials											

Scale (mm)

1 ●

2 ●

3 ●

4 ●

5 ●

แนวทางการผูกยึดผู้ป่วย

(Clinical Practice Guideline for Physical Restraint)

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (การผลัดตกหกล้ม)
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการผูกยึด โดยผู้ป่วยจะได้รับการผูกยึดเท่าที่จำเป็น
๓. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่ครบถ้วนและถูกต้อง
๔. เพื่อป้องกันผู้ป่วยทำร้ายตนเอง ผู้อื่น และการทำลายทรัพย์สิน

คำจำกัดความ

การผูกยึด (Physical restraints) หมายถึง เป็นการจำกัดการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย โดยการผูกยึดด้วยวัสดุอุปกรณ์ที่เหมาะสม

ข้อมูลบ่งชี้ในการตัดสินใจผูกมัด (Supportive data)

การผูกยึด (Physical restraint) จะใช้ต่อเมื่อได้มีการพยายามให้การดูแลด้วยวิธีอื่นๆแล้วแต่ไม่สัมฤทธิ์ผล

การผูกยึด (Physical restraint) สามารถทำได้หลังจากได้รับการประเมินโดยพยาบาลวิชาชีพและ/หรือแพทย์ก่อน แล้วพบว่ามีภาวะหรืออาการดังต่อไปนี้

๑. อาการสับสนที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน (acute confusion)
๒. ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มีพฤติกรรมวุ่นวาย (behavioral problem)
๓. ภาวะมีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายกับผู้ป่วย หรือคนรอบข้าง

๑. การประเมินผู้ป่วย(Assessment)

๑.๑ แพทย์/พยาบาล ประเมินพฤติกรรมหรืออาการผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วย หรือผู้อื่น (ตามแบบประเมินการผูกยึดผู้ป่วย)

๑.๒ แพทย์/พยาบาล บันทึกเหตุผลความจำเป็นของการผูกยึด รวมถึงการดูแลรักษาวิธีอื่นที่ได้ให้กับผู้ป่วยแล้ว แต่ไม่สัมฤทธิ์ผล

๒. การให้ข้อมูล

แพทย์ /พยาบาล ได้มีการอธิบายพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ ถึงเหตุผลของการผูกยึดรวมทั้งอธิบายถึงการดูแลรักษาวิธีอื่นที่ได้พยายามให้แก่ผู้ป่วยแล้ว แต่ไม่สัมฤทธิ์ผล

๓. การดูแลผู้ป่วยระหว่างการผูกยึด

๓.๑ บันทึกเวลาที่เริ่มการผูกยึดผู้ป่วยอย่างน้อยทุก ๘ ชั่วโมง

๓.๒ ตรวจสอบและบันทึกข้อมูลต่อไปนี้อย่างน้อยทุก ๒ ชั่วโมง

- บันทึก Vital signs

พฤติกรรมของผู้ป่วย

- สีผิว/ลักษณะของผิวหนังหรือสีของอวัยวะที่อยู่ปลายทางจากตำแหน่งที่ได้รับการผูกยึด
- การคลายจุดผูกยึด และประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวของส่วนต่างๆ ของผู้ป่วย(แขน/ขา/ลำตัว/ศีรษะ)

๓.๓ การดูแลความสะอาดในช่องปากและผิวหนัง

๓.๔ มีการจัดเปลี่ยนท่าผู้ป่วยทุก ๒ ชั่วโมง

๓.๕ มีการอธิบายผู้ป่วยถึงการขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย

๓.๖ มีการบอก ผู้ป่วยเกี่ยวกับวัน/เวลา/สถานที่ ณ ปัจจุบัน

๓.๗ คลายเสื้อผ้าของผู้ป่วยให้หลวมสบาย

๓.๘ การให้น้ำดื่ม และการขับถ่าย

๓.๙ การจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมเมื่อผูกยึดผู้ป่วยแล้ว เช่นการจัดวางเครื่องใช้ที่อาจเกิดอันตรายกับผู้ป่วย

๓.๑๐ บันทึกการประเมินข้อบ่งชี้ซ้ำถึงเหตุผลของความจำเป็นในการผูกยึดต่อเนื่องทุก ๘ ชั่วโมง ถ้ายังมีข้อบ่งชี้ให้อธิบายผู้ป่วย/ญาติทราบถึงเหตุผลการตัดสินใจผูกยึดต่อ

๔ การยุติการผูกยึด (Removal form restraint)

๔.๑ แพทย์ และ/หรือพยาบาล ประเมินผู้ป่วยว่ายังมีพฤติกรรมหรืออาการที่ยังมีข้อบ่งชี้ของการผูกยึดอยู่หรือไม่

๔.๒ ถ้าไม่มีข้อบ่งชี้ให้อธิบายผู้ป่วยและญาติทราบถึงเหตุผลการตัดสินใจยุติการผูกยึด

๔.๓ คลายการผูกมัดทีละจุด แล้วประเมินผู้ป่วยซ้ำ

๔.๔ แพทย์/พยาบาลบันทึกถึงเหตุผลหรือหลักฐานที่นำไปสู่การตัดสินใจยุติการผูกยึดรวมถึงเวลาที่คลายการผูกยึด

หมายเหตุ

แนวทางการประเมินและดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึด เป็นแนวทางทั่วไปในการประเมินบันทึก และ ดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการผูกยึดอย่างไรก็ตามการตัดสินใจที่จะยึดผู้ป่วยขึ้นอยู่กับการประเมินทาง clinic ให้ใช้ clinical judgment ของพยาบาลและแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยเป็นสำคัญที่สุด

ที่มา : คณะแพทย์ศิริราชพยาบาล
http://www.si.mahidol.ac.th/th/sic/admin/news_files/292_19_1.pdf

แบบประเมินผู้ป่วยเพื่อตัดสินใจผูกยึด

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

๑. แพทย์/พยาบาล เช็ค ✓ อาการ สาเหตุ หรือข้อบ่งชี้ที่เข้าได้ ดังต่อไปนี้ (สามารถ ✓ ได้หลายข้อ)

☐ **ข้อบ่งชี้ของภาวะเพ้อ สับสน**

- ☐ มีอาการเฉียบพลัน
- ☐ สับสน
- ☐ เพ้อ
- ☐ ความสามารถในการเข้าใจ/การตัดสินใจบกพร่อง
- ☐ วุ่นวายมาก
- ☐ เอะอะ , อาละวาด
- ☐ ต่อสู้ , ทำร้าย
- ☐ ก้าวร้าวมีทีท่าจะลงไม้ลงมือ
- ☐ พูดจารุนแรงรุนแรงและอาจเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น
- ☐ มีอาการแย่ลงช่วงกลางคืน
- ☐ พยายามปีนข้างเตียง

☐ **ข้อบ่งชี้ของภาวะสมองเสื่อม**

- ☐ ผู้ป่วยขาดความสามารถในการตัดสินใจ
- ☐ ความจำเสื่อม
- ☐ สับสน//วัน/เวลา/สถานที่
- ☐ กระสับกระส่าย ไม่มีสมาธิ
- ☐ ความสามารถในการเข้าใจ/การตัดสินใจบกพร่อง
- ☐ ไม่ร่วมมือ

☐ **สาเหตุทางด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย**

- ☐ ปฏิบัติตามคำบอกไม่ได้
- ☐ เดินไปเดินมาอยู่ไม่นิ่ง
- ☐ หุนหันพันแล่น ก้าวร้าว
- ☐ สับสนในเวลากลางคืน
- ☐ ทำร้ายตัวเอง
- ☐ เสี่ยงต่อการได้รับอันตราย
- ☐ มีความบกพร่องด้านการเดิน การทรงตัว
- ☐ มีความบกพร่องของระบบประสาทการรับรู้
- ☐ เซ/เดินเซ
- ☐ พยามยามดึงสาย tubes/drains
- ☐ ดึงสาย ดึงท่อหายใจจนหลุด
- ☐ ไม่ตระหนักถึงข้อจำกัดของตนเอง

☐ **สาเหตุทางกายอื่นๆ**

- ☐ มีปัญหาการขับถ่าย
- ☐ มีปัญหาการเคลื่อนไหว
- ☐ อยู่ในภาวะปวดหรือไม่สบายทางกาย
- ☐ สาเหตุจากยา
- ☐ อยู่ในภาวะวิกฤตในระบบต่างๆ
- ☐ NS/CVS/Endocrine/Infection

☐ **สาเหตุทางจิตใจ**

- ☐ กังวล
- ☐ กลัว
- ☐ ซึมเศร้า
- ☐ อยู่ในภาวะสูญเสีย
- ☐ ภาวะปฏิเสธ ไม่ยอมรับความจริง
- ☐ ปัญหาด้านการปรับตัว
- ☐ ภาวะเครียด
- ☐ ปัญหาการสื่อสาร
- ☐ หูแว่ว/ประสาทหลอน

☐ **สาเหตุทางสิ่งแวดล้อม**

- ☐ เสียงรบกวน
- ☐ แสงรบกวน
- ☐ อยู่ในห้องที่ไม่คุ้นเคย
- ☐ ตำแหน่งของเตียงไม่เหมาะสม
- ☐ สิ่งของที่ไม่คุ้นเคย
- ☐ อื่นๆ ระบุ.....

๒. แพทย์/พยาบาลเช็ค✓วิธีที่ได้พยายามแก้ไขเบื้องต้นไปแล้ว (สามารถ✓ได้หลายข้อ)

- ☐ ประเมินสาเหตุของพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป
- ☐ พยายาม re-orientate ผู้ป่วยบ่อยๆ
- ☐ เปลี่ยนสิ่งแวดล้อม (เช่น ย้ายเตียง)
- ☐ ปรับสิ่งแวดล้อม (จัดบรรยากาศ สถานที่ใหม่/จัดเก็บอุปกรณ์เพื่อป้องกันอันตราย)
- ☐ ลดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม
- ☐ ให้เปลี่ยนกิจกรรม
- ☐ เบี่ยงเบนความสนใจ (ให้ดูทีวี,ฟังเพลง ฯลฯ)
- ☐ จัด/ผูก tube/drains ในที่เหมาะสม
- ☐ อธิบายพูดคุยกับผู้ป่วย
- ☐ ให้ยาให้สงบ (Chemical restraint)
  (ให้บันทึกชนิด ปริมาณ วิธีบริหารยา และเวลาที่ให้ยาด้วยทุกครั้ง)
- ☐ อื่นๆ ระบุ .....

๓. แพทย์/พยาบาลเช็ค✓ผลที่เกิดขึ้น และการตัดสินใจ

☐ ทำตามข้อ ๒ แล้วใช้ได้ผล หรือผู้ป่วยดีขึ้น

- ☐ ผู้ป่วยไม่ต้องได้รับการผูกยึด

☐ ทำตามข้อ ๒ แล้วไม่ได้ผล ตัดสินใจผูกยึด (เช็คเครื่องหมาย ✓ วิธีการผูกยึดที่ใช้ แล้วทำข้อ ๔ ต่อ)

- ☐ ผูกยึดบริเวณข้อมือ หรือข้อเท้า
  - ☐ ผูกยึดแบบจุดเดียว
  - ☐ ผูกยึดแบบ ๒ จุด
    - ☐ ผูกข้อมือทั้งสองข้าง
    - ☐ ผูกข้อเท้าทั้งสองข้าง
    - ☐ ผูกข้อมือและข้อเท้าด้านตรงข้าม
  - ☐ ผูกยึดแบบ ๔ จุด
- ☐ ผูกยึดบริเวณลำตัว
- ☐ Papoose restraint
- ☐ อื่นๆ ระบุ .....

เวลา ..... วัน/เดือน/ปี .....

ลงชื่อ (แพทย์/พยาบาล ผู้ประเมิน) .....

แบบบันทึกดูแลหลังผู้ป่วยได้รับการผูกยึดผู้ป่วย

๔. แพทย์/พยาบาลเช็ค ✓ วิธีการประเมินผู้ป่วยหลังตัดสินใจผูกยึด

- ☐ กรณีผูกยึดเนื่องจากอาการทางจิตเวช สาเหตุทางจิตใจหรือความปลอดภัยของผู้ป่วย
- ☐ กรณีผูกยึดเนื่องจากอาการเพ้อ สมองเสื่อม หรือโรคทางกาย

๕. การดูแลผู้ป่วยระหว่างผูกยึด พยาบาลเช็ค ✓ วิธีการประเมินผู้ป่วยหลังตัดสินใจผูกยึด

- ☐ บันทึกวันที่และเวลาที่เริ่มผูกยึด .....
- ☐ บันทึก สัญญาณชีพ พฤติกรรม
- ☐ จัดเปลี่ยนท่าผู้ป่วยทุก ๒ ชั่วโมง
  - ☐ จัดท่าที่ไม่ขัดขวางต่อการหายใจ
  - ☐ ดูแลไม่ให้สายผูกยึดบังแถบข้อมูลต่างๆของผู้ป่วย
- ☐ ระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับการผูกยึด ให้ประเมิน
  - ☐ ระดับสติสัมปชัญญะ (Cognitive level)
  - ☐ ผิวหนังบริเวณผูกยึด
  - ☐ การขับถ่าย
  - ☐ อื่นๆ ระบุ .....

๖. การประเมินเพื่อคลายการผูกยึด แพทย์/พยาบาลเช็ค ✓ วิธีการที่ได้ทำ

- ☐ **ประเมินว่าผู้ป่วยยังมีข้อบ่งชี้ที่ต้องได้รับการผูกยึดต่อ**
  - ☐ ยังมีข้อบ่งชี้

    ถ้ายังมีข้อบ่งชี้ให้ปฏิบัติตาม ข้อ ๑ – ๖ ต่อ

    (ถ้าได้รับการผูกยึดเกิน ๒๔ ชั่วโมง ต้องทำแบบประเมินข้อบ่งชี้ในการตัดสินใจผูกยึดผู้ป่วยชุดใหม่)
- ☐ หมดข้อบ่งชี้แล้ว
  - ☐ แพทย์/พยาบาล บันทึกเหตุผลของการสิ้นสุดการผูกยึด .....

เวลาที่สิ้นสุดการผูกยึด ..... วัน/เดือน/ปี .....

ลงชื่อ (แพทย์/พยาบาล ผู้ประเมิน) .....