

การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดสุราที่มีภาวะบกพร่องทางการรู้คิด (Cognitive Impairment)

รัชณีพร จันทร์มณี

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.)

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๔๒ ปี แยกกับภรรยา มีประวัติดื่มสุรามานาน ๒๗ ปี ดื่มหนักมากขึ้นเมื่อประมาณ ๑๐ ปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ดื่มเหล้าขาว ๑-๒ ขวด/วัน มีประวัติเคยมารักษาที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เมื่อปี ๒๕๖๒ พบว่าผู้ป่วยมีภาวะบกพร่องทางการรู้คิด (Cognitive Impairment) หลังจำหน่ายผู้ป่วยกลับไปดื่มซ้ำเรื่อยมาจน ๒ วันก่อนมาผู้ป่วยดื่มสุรา ไม่สนใจตัวเอง ไม่อาบน้ำ ร่างกายสกปรก เดินเร่ร่อนขอเงินบุคคลทั่วไป หงุดหงิด โมโหง่าย ต่อยบิดา เจ้าหน้าที่ตำรวจจับไปขังไว้ ๑ คืน เมื่อปล่อยตัวบิดาจึงพามารักษา อาการแรกเริ่มอ่อนเพลีย สีหน้าวิตกกังวล ถามตอบไม่รู้เรื่อง มีหูแว่ว มือสั่น ไม่นิ่ง กระวนกระวาย มึนงง สับสน วัน เวลา สถานที่ และบุคคล มีระดับ CIWA-Ar = ๑๙ คะแนน ได้รับยา Valium ฉีดเข้าเส้นตามคะแนนการประเมินอาการขาดสุรา (CIWA Score) และได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตรวจวัดสัญญาณชีพ ประเมินอาการขาดสุรา ผู้ป่วยได้รับ Valium ทั้งหมด ๒๐ mg อาการดีขึ้นตามลำดับ ขณะอยู่รักษาผู้ป่วย คิดช้า ตอบช้า หลงลืม จึงประเมินการรู้คิด ด้วยแบบประเมิน MoCA พบผู้ป่วยมีภาวะบกพร่องทางการรู้คิด (Mild Cognitive Impairment) ให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมในเรื่องของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเช่น การอาบน้ำ ซักผ้า เป็นต้น ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการส่งเสริม Cognition พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยได้รับการฝึกกระตุ้นทางสมอง (Cognitive training) ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้นส่วนของครอบครัวให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับภาวะบกพร่องทางการรู้คิด เรื่องการปฏิบัติตัวของญาติในการดูแลผู้ที่มีภาวะบกพร่องทางการรู้คิด รวมระยะเวลาในการบำบัด ๑๐๖ วัน

Abstract

The man, 42 years old, separated from his wife. He had been drinking alcohol for 27 years before he drank more heavily about 10 years. He mostly drank 1-2 bottles per day. His medical history of being treated at the Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment in 2019. It was found that the patient had cognitive impairment. After discharge, the patient continued to drink again. 2 days before coming, the patient had been drinking alcohol. Not paying attention to oneself, not bathing, dirty body, Wandering around asking people for money Frustrated and easily angered, he punched his father. A police officer detained him for one night and then released his father, so he brought him for treatment. The onset of symptoms was delirium, fatigue, an anxious expression, asking and answering questions, not knowing what to do, auditory hallucination, tremor, agitate, dazed, disorientation. and the CIWA-Ar score 19. Received intravenous injection of Valium according to CIWA-Ar score and IVF vital signs. Assess alcohol withdrawal symptoms. In total, the patient received 20 mg of valium. His symptoms improved accordingly. While being treated, the patient thought slowly, responded slowly, and was forgetful. Therefore, his cognition was assessed with the MoCA assessment, patients with Mild Cognitive Impairment were found to receive appropriate care in terms of performing daily activities such as bathing, washing clothes, etc. Take care of creating an environment that is conducive to promoting commissions as well as allowing patients to receive

cognitive Training. Patients can take better care of themselves. The family provided knowledge about cognitive impairment and relatives' behavior in taking care of patients with cognitive impairment. The total treatment period was ๑๐๖ days.

บทนำ

สุราหรือแอลกอฮอล์จะออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทันทีที่ดื่มสุราเข้าไปจะถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดอย่างรวดเร็วและมีผลต่อร่างกาย ยิ่งดื่มมากยิ่งรุนแรงทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อร่างกายแบบเฉียบพลันหลังจากดื่มสุรา คือ อาการเมาสุราทำให้เกิดความผิดปกติในการทรงตัว เสียการควบคุมของระบบกล้ามเนื้อขาต การยับยั้งชั่งใจ มึนงง ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ การหายใจ และการเต้นของหัวใจช้าลง หมดสติและอาจเสียชีวิตได้ เมื่อร่างกายติดสุราแล้วหยุดดื่มหรือลดปริมาณการดื่มลง จะทำให้มีอาการขาดสุรา ได้แก่ สั่น คลื่นไส้ อาเจียน หงุดหงิด วิตกกังวล ชักเกร็ง อาจมีอาการหิวแหว่ เห็นภาพหลอน จำวัน เวลา สถานที่ไม่ได้ ผู้ติดสุรามีโอกาสเกิดโรคร่วมทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท ทำให้เกิดอารมณ์เบือ ซึมเศร้า มองตนเองในด้านลบ รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า หรือมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย เมื่อดื่มสุราเข้าไปฤทธิ์ของสุราจะมีผลลดการทำงานสมองทำให้ความยับยั้งชั่งใจน้อยลง หรือขาดสติยับยั้งและสามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ (มาโนช หล่อตระกูล, ๒๕๕๓) นอกจากนี้ผลของการดื่มสุราเป็นระยะเวลานานส่งผลทำให้ ตับอ่อนอักเสบ ตับอักเสบ ตับแข็ง การขาดวิตามินบี มีผลต่อสมองทำให้เกิดภาวะบกพร่องทางการรู้คิด เช่น เกิดปัญหาด้านความจำ การเรียนรู้ และทักษะ ต่าง ๆ เป็นต้น จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าการใช้แอลกอฮอล์อย่างยาวนาน (Chronic alcohol use) ส่งผลเสียต่อการเรียนรู้และความจำระยะสั้น ระบบประสาทด้านการรู้คิด (Neurocognitive) บกพร่อง และเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดความจำเสื่อม (Hoffman et al., ๒๐๑๕) รวมถึงมีผลกระทบต่อความสามารถในการบริหารจัดการ (Executive function) และยังพบว่าการทำงานของสมองส่วนนี้ลดลงโดยสัมพันธ์กับปริมาณของการดื่มสุราอย่างหนัก (Fernández et al., ๒๐๑๐) ภาวะแทรกซ้อนจากอาการดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ป่วยเสพติดสุรา กลับไปเสพติดซ้ำได้ง่าย มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี เป็นภาระแก่ครอบครัวในการดูแล หากผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินปัญหา การวางแผนการดูแลที่เหมาะสม หรือครอบครัวไม่มีความรู้ ความเข้าใจ ในปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ครอบครัวจะไม่สามารถให้การดูแลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ดังนั้นในฐานะพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเสพติดสุราที่มีภาวะบกพร่องทางการรู้คิด จึงควรทบทวนองค์ความรู้ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลช่วยเหลือ และเข้าใจกระบวนการพยาบาลที่ถูกต้อง สามารถประเมินปัญหาและให้การดูแลได้อย่างเหมาะสมกับภาวะที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพ ก่อนที่อาการและภาวะดังกล่าวจะพัฒนาไปสู่โรคสมองเสื่อม

วัตถุประสงค์

๑. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการดื่มสุรา และภาวะโรคร่วม
๒. ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม และมีการเรียนรู้ทางการรู้คิดที่เพิ่มขึ้น
๓. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเสพติดซ้ำได้

วิธีดำเนินการศึกษา

๑. ทบทวนกระบวนการบำบัดรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดสุราที่มีภาวะบกพร่องทางการรู้คิด ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มารับการบำบัดรักษาในหอผู้ป่วยถอนพิษสุรา และหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ เลือกประเด็นที่เป็นปัญหาในการดูแลและเลือกทำกรณีศึกษาผู้ป่วย ๑ ราย

๒. รวบรวมข้อมูลจากกรณีศึกษา เกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติครอบครัว ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษา และแผนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

๓. ศึกษาค้นคว้าจากตำราและเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความรู้เรื่องสุราและโทษพิษภัยของสุรา แนวทางในการบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติดสุรา ภาวะบกพร่องทางการรู้คิดจากการเสพติดสุรา แนวทางในการดูแลผู้ป่วยเสพติดสุราที่มีภาวะบกพร่องทางการรู้คิด ทฤษฎีทางการพยาบาลและแบบแผนสุขภาพ ยาและฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ใช้ในการบำบัดรักษา

๔. นำข้อมูลที่ได้ มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนตามหลักกระบวนการทางการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ อารมณ์ สติปัญญา สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย

๕. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผนที่วางไว้

๖. สรุปผลการพยาบาล และให้ข้อเสนอแนะแก่บุคลากรที่ให้การดูแลและบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติดสุราหรือสารเสพติดอื่นที่มีภาวะบกพร่องทางการรู้คิด

๗. เผยแพร่ความรู้จากการทำกรณีศึกษา

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๔๒ ปี แยกกับภรรยา มีประวัติดื่มสุรามานาน ๒๗ ปี ดื่มหนักมากขึ้นเมื่อประมาณ ๑๐ ปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ดื่มเหล้าขาว ๑-๒ ขวด/วัน ๒ วันก่อนมา ผู้ป่วยดื่มสุราทั้งวันทั้งคืน ไม่สนใจตัวเอง ไม่อาบน้ำร่างกายสกปรก นอนไม่เป็นที่ เดินเร่ร่อนขอเงินบุคคลทั่วไป เครียด หงุดหงิด โมโหง่าย ต่อยบิดา เจ้าหน้าที่ตำรวจจับไปขังไว้ ๑ คืน เมื่อปล่อยตัวบิดาจึงพามาปรึกษา แกรับผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย สีหน้าวิตกกังวล ถามตอบไม่รู้เรื่อง มีหูแว่ว มือสั่น ไม้หนึ่ง เหงื่อออก กระวนกระวาย มึนงงสับสน วัน เวลา สถานที่ และบุคคล มีระดับคะแนน CIWA ๑๙ คะแนน สัญญาณชีพ BT = ๓๗.๐ ° C PR = ๙๘ ครั้ง/นาที RR = ๒๐ ครั้ง/นาที BP ๑๓๐/๙๐ mmHg น้ำหนัก ๕๑ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๕ เซนติเมตร BMI = ๑๘.๗๓ Kg/m^๒

การประเมินร่างกายตามระบบ

สภาพทั่วไป: ผู้ป่วยชายไทยวัยผู้ใหญ่ รูปร่างสัทัด สัญญาณชีพ BT = ๓๖.๕° C PR = ๘๔ ครั้ง/นาที RR = ๒๐ ครั้ง/นาที BP ๑๑๐/๗๐mmHg น้ำหนัก ๕๑ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๕ เซนติเมตร BMI= ๑๘.๗๓ Kg/m^๒

ผิวหนัง: ผิวดำแดง สุขภาพผิวหนังแห้งกร้าน มีผื่นคันหนาๆ และผิวหนังถลอกเล็กน้อย เล็บยาวดำ สึกปกติไม่คล้ำ จมูกเล็บปกติ มุมเล็บไม่ฉีกขาด

ศีรษะและใบหน้า: ศีรษะ หน้าผากและขมับไม่มีรอยยุบ คลำไม่มีก้อน เส้นผมเป็นลักษณะเส้นเล็ก ผมตรงสั้นสีดำ หนังศีรษะสะอาด ตาขาวไม่มีเส้นเลือดแตก ตาขาวไม่เหลือง

ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ: หัวไหล่ขวาผิดปกติ สามารถหมุนหัวไหล่ กางแขนได้ ไม่รู้สึกเจ็บหรือปวด สะโพกซ้ายมีแผลเป็นจากการผ่าตัดใส่เหล็กไว้ ไม่ปวด

ระบบทางเดินอาหาร: ไม่มีอาการปวดท้อง Bowel sound =๘ ครั้ง/นาที การขับถ่ายปกติ

ระบบทางเดินหายใจ: ผลเอกซเรย์ทรวงอกปกติ ฟังไม่พบเสียงผิดปกติ

ระบบไหลเวียนโลหิต: ฟังเสียงอัตราการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ๘๔ ครั้ง/นาที ไม่มีเสียงฟู่ (MURMUR)

สรุปการรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล

วันแรกรับ ผู้ป่วยเดินมาเองถึงตึกผู้ป่วยเวลา ๑๑.๓๐ น. ต่อมาเวลา ๑๖.๐๐ น. มีอาการอ่อนเพลีย สีหน้าวิตกกังวล มือสั่น กระวนกระวายไม่นิ่ง เดินไปมา มึนงงสับสน จำวันเวลา สถานที่ บุคคล ไม่ได้ คะแนนประเมินอาการถอนพิษสุรา (CIWA score) ๑๙ คะแนน (มีระดับอาการถอนพิษสุรา very severe) ได้ขออนุญาตผู้ป่วยเพื่อผูกยึดจำกัด

พฤติกรรมผู้ป่วยบนเตียงและรายงานแพทย์พิจารณาให้ยาตามอาการนอนพิษสุรา ผู้ป่วยได้รับยาฉีด Valium (๑๐ mg) ๑ amp IV เวลา ๑๖.๐๐ น. อาการสงบลง แต่ไม่หลับ ประเมินอาการอย่างใกล้ชิดทุก ๑๕ นาที เวลา ๑๖.๓๐ น. ผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย ตะโกนเสียงดัง พยายามลุกจากเตียง คะแนนประเมิน CIWA score = ๑๙ คะแนน ผู้ป่วยได้รับการฉีด Valium (๑๐ mg) ๑ amp วัดสัญญาณชีพ BT= ๓๗.๒ ° C PR= ๙๖ ครั้ง/นาที RR= ๒๐ ครั้ง/นาที BP= ๑๓๐/๙๐ mmHg หลังได้รับยา ผู้ป่วยนอนหลับได้ คะแนนประเมิน CIWA score = ๙ ดูแลกิจวัตรประจำวัน ความสะอาดของร่างกายที่เตียงเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสบาย อาการดีขึ้นตามลำดับ ขณะอยู่รักษาผู้ป่วย คิดช้า ตอบช้า หลงลืม จึงประเมินการรู้คิด ด้วยแบบประเมิน MoCA พบผู้ป่วยมีภาวะบกพร่องทางการรู้คิด (Mild Cognitive Impairment) ให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมในเรื่องของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเช่น การอาบน้ำ ซักผ้า เป็นต้น ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการส่งเสริม Cognition พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยได้รับการฝึกกระตุ้นทางสมอง (Cognitive training) ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้นส่วนของครอบครัวให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับภาวะบกพร่องทางการรู้คิด เรื่องการปฏิบัติตัวของญาติในการดูแลผู้มีภาวะบกพร่องทางการรู้คิด รวมระยะเวลาในการบำบัด ๑๐๖ วัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยที่ ๑ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ การขาดสารอาหารและน้ำ และบกพร่องในกิจวัตรประจำวันเนื่องจากเกิดภาวะเพื่อสับสน (Delirium Tremens)

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกดื่มสุรา ๒๗ ปี ประมาณ ๑๐ ปีที่ผ่านมาดื่มหนักวันละ ๑ - ๒ ขวดกลม ดื่มทุกวัน ดื่มครั้งสุดท้าย ๒ วัน ก่อนมา

O: วันที่ ๒๕ ม.ค. ๒๕๖๖ ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย สีหน้าวิตกกังวล มือสั่น ไม่นิ่ง กระวนกระวาย เดินไปมา มีอาการมึนงง สับสนวัน เวลา สถานที่และบุคคล พูดพึมพำคนเดียว คะแนนประเมินอาการนอนพิษสุรา ๑๙ คะแนน

O: สัญญาณชีพ BT= ๓๗.๒ ° C RR= ๒๐ ครั้ง/นาที BP= ๑๓๐/๙๐ mmHg PR= ๙๖ ครั้ง/นาที

วัตถุประสงค์

๑. อาการสับสนของผู้ป่วยลดลงหรือเข้าสู่ภาวะปกติ
๒. ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุ
๓. ได้รับสารอาหาร น้ำ เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย
๔. กิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยในเรื่องอาหาร การขับถ่าย การทำความสะอาดร่างกายได้รับการดูแลอย่างครบถ้วน

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยรับรู้วัน เวลา สถานที่และบุคคลถูกต้อง
๒. ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุขณะเกิดภาวะเพื่อสับสน (Delirium Tremens)
๓. ผู้ป่วยได้รับอาหารครบ ๓ มื้อ ได้รับน้ำไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๕๐๐ ซีซี
๔. ผู้ป่วยได้รับการทำความสะอาดวันร่างกายละ ๒ ครั้งได้รับการดูแลเมื่อขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินสภาพ ตรวจวัดสัญญาณชีพ และประเมินอาการนอนพิษสุรา
๒. จัดผู้ป่วยนอนพักบนเตียง โดยจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย ยกไม้กั้นเตียงขึ้นเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการตกเตียง แสงสว่างเพียงพอ ลดสิ่งเร้าที่มากกระตุ้นเช่นเสียงต่าง ๆ หรือผู้ป่วยอื่นที่จะมากกระตุ้น พิจารณาผูกยึดผู้ป่วยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

๓. ให้ยา Valium (๑๐) ๑ amp IV ตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อลดภาวะเพื่อสับสน (Delirium Tremens) ประเมินอาการก่อน - หลังการให้ยาและเฝ้าระวังการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา Valium ชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด โดยเฉพาะภาวะกดการหายใจ โดยตรวจวัดสัญญาณชีพ และติดตามประเมินอาการถอนพิษสุราอย่างต่อเนื่องจนเข้าสู่ภาวะปกติ

๔. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารครบ ๓ มื้อและให้ได้รับน้ำไม่ต่ำกว่า ๑๕๐๐ ซีซีต่อวัน
๕. ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน และดูแลสุขวิทยาของผู้ป่วย
๖. แจ้งให้ญาติทราบถึงเหตุผลของการผูกมัดและการดำเนินของโรค
๗. สังเกตผิวหนังบริเวณที่ผูกมัดเพื่อป้องกันการระคายเคืองหรือบาดแผล คลายผ้าผูกมัดเมื่อผู้ป่วยอาการสงบ
๘. สังเกตอาการต่อเนื่องจนกว่าอาการจะทุเลาหรือเข้าสู่ภาวะปกติ
๙. บันทึกการพยาบาล

ผลการประเมิน

- ผู้ป่วย หลังได้รับยา Valium (๑๐) ๑ amp IV จำนวน ๒ ครั้ง อาการค่อย ๆ สงบลง วันที่ ๒๖ มกราคม ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๐๐ น. มีอาการอ่อนเพลีย มีนงงเล็กน้อย พูดคุยถามตอบตรงคำถาม ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย การทรงตัวไม่ค่อยมั่นคง สัญญาณชีพ BT= ๓๗.๒ ° C PR= ๘๘ ครั้ง/นาที RR= ๒๐ ครั้ง/นาที BP= ๑๐๐/๖๐mmHg คะแนนประเมินอาการถอนพิษสุรา ๘ คะแนน รวมระยะเวลาการเกิดภาวะเพื่อสับสน ๑๖ ชั่วโมง

- ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุจากการหกล้มหรือตกเตียง หรือเกิดการกระแทกใด ๆ ขณะเกิดภาวะเพื่อสับสน

- ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนได้ครบ ๓ มื้อ ๆ ละ ๑/๔ ถาด โดยป้อนให้ผู้ป่วยรับประทาน ได้รับน้ำดื่มวันละ ๑๐๐๐ ซีซีและสารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ ๐.๙ % NSS ๑๐๐๐ ซีซีวันละ ๓ ขวด

- ผู้ป่วยได้รับการทำความสะอาดร่างกายวันละ ๒ ครั้ง เข้าและเย็น ได้รับการทำความสะอาดหลังปัสสาวะรดผ้าอ้อมที่ใส่ให้ วันละ ๔- ๕ ครั้ง แต่ไม่ถ่ายอุจจาระช่วงเกิดภาวะเพื่อสับสน

ข้อวินิจฉัยที่ ๒ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากแขน ขาอ่อนแรงจากภาวะโปตัสเซียมและแมกนีเซียมต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน

O: จากประวัติผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา วันละ ๑ - ๒ มื้อ/วัน บ่อยครั้งที่ไม่รับประทานอาหาร เนื่องจากดื่มสุราตลอดเวลาจึงรู้สึกไม่อยากอาหาร

O: ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย แขน ขาอ่อนแรง ทรงตัวไม่ดี

O: ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ วันที่ ๒๕ ม.ค. ๒๕๖๖ พบโปตัสเซียม ๓.๓ mmol/L แมกนีเซียม ๑.๔ mg/dl

วัตถุประสงค์

๑. ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุ
๒. ระดับโปตัสเซียมและแมกนีเซียม เข้าสู่ระดับปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม
๒. ระดับโปตัสเซียม ๓.๕ - ๕.๑ mmol/L และแมกนีเซียม ๑.๖ - ๒.๖ mg/dl

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินอาการอ่อนเพลีย แขน ขาอ่อนแรงโดยเฉพาะต้นขาและต้นแขน ให้ผู้ป่วยนอน ให้ออกท่าขาขึ้นจะยกไม่ได้แต่สามารถงอขาเข้ามาได้ (เพราะว่าต้นขาอ่อนแรง) หรือ ให้ออกท่าขาขึ้นจะยกไม่ได้ แต่เอาแขนแนบลำตัว ยกข้อศอกขึ้นได้ (เพราะว่า ต้นแขนไม่มีแรง) โดยที่ผู้ป่วยไม่มีอาการชาที่แขน ขา

๒. ลดการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ หกล้ม ตกเตียงจากอาการแขนขาอ่อนแรง

๓. ดูแลให้ได้รับ E. Kcl ๓๐ cc. x ๒ doses และ MgSO_๔ ๑ tab tid oral pc ตามแผนการรักษาของแพทย์

๔. ประสานกับโภชนาการจัดอาหารที่มีโปตัสเซียมและแมกนีเซียมให้ผู้ป่วยรับประทาน

๕. อธิบายสาเหตุการเกิดภาวะดังกล่าวให้ผู้ป่วยและญาติทราบเพื่อให้เกิดการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง
๖. ติดตามผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการจนกว่าระดับเกลือแร่ที่ขาดเข้าสู่ระดับปกติ
๗. ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเรื่องอาหาร น้ำดื่ม ความสะอาดของร่างกาย และการขับถ่าย
๘. ตรวจวัดสัญญาณชีพและสังเกตอาการต่อเนื่อง

ผลการประเมิน

- ผู้ป่วยหลังได้รับยาตามการรักษา และรับประทานอาหารตามที่จัดให้ ทำให้แขนขา มีแรงมากขึ้น ปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

- ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ วันที่ ๒๖ ม.ค. ๒๕๖๖ โปตัสเซียม ๔.๒ mmol/L แมกนีเซียม ๑.๖ mg/dl

ข้อวินิจฉัยที่ ๓ การนอนหลับไม่เพียงพอ

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกกลางคืนนอนหลับยาก นอนดิ๊ก ตื่นบ่อย เข้ารู้สึกเพลียเล็กน้อย รู้สึกเครียด อยากกลับบ้าน

S: ผู้ป่วยบอกว่าอยู่ที่บ้านต้องทำงานขายกล้วยเตี๋ยช่วยบิดาในตอนกลางคืน ทำให้นอนไม่เป็นเวลา

O: ผู้ป่วยมีสีหน้าไม่สดชื่น ขอบตาคคล้ำ หาวขณะทำกิจกรรมกลุ่ม

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมิน

๑. ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ต่อเนื่องอย่างน้อย 7 - 8 ชั่วโมง
๒. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น ไม่มีอาการอ่อนเพลีย ร่วมกลุ่มกิจกรรมได้

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินปัญหาการนอนของผู้ป่วย
๒. จัดสิ่งแวดล้อมในห้องพักให้สงบเงียบ สะอาด อากาศถ่ายเทสะดวก
๓. แนะนำการหลีกเลี่ยงการดื่มชาหรือกาแฟ ในตอนเย็นและก่อนนอน รับประทานอาหารมื้อเย็นและก่อนนอนไม่มากจนเกินไป

๔. แนะนำให้ดื่มน้ำอุ่น ๆ เล็กน้อยและทำกิจวัตรเช่น ออกจาระ ปัสสาวะให้เรียบร้อยก่อนเข้านอน

๕. แนะนำให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอทุกวัน อย่างน้อย ๓๐ นาที

๖. แนะนำการทำจิตใจให้สงบเช่น การฝึกน้บลมหายใจ การกำหนดจิต การแผ่เมตตาและให้เข้ากลุ่ม สวดมนต์

นั่งสมาธิเป็นประจำก่อนนอน

๗. แนะนำให้ผู้ป่วยนำทักษะการจัดการกับความเครียดมาใช้ในการลดอาการกังวลเครียด

๘. จัดให้ผู้ป่วยพบแพทย์เพื่อปรับยาให้เหมาะสม

๙. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา

๑๐. สังเกตและบันทึกอาการเปลี่ยนแปลง

ผลการประเมิน

- ผู้ป่วยนอนหลับได้ต่อเนื่องตั้งแต่เวลา ๒๑.๓๐ - ๕.๐๐ น. เข้านอนได้เอง มีสีหน้าสดชื่นขึ้น ไม่มีอาการอ่อนเพลีย ร่วมกิจกรรมได้

ข้อวินิจฉัยที่ ๔ ผู้ป่วยมีภาวะบกพร่องทางการรู้คิดด้านความจำ

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกบางครั้งจำอะไรไม่ค่อยได้ นึกไม่ออก ทั้งเรื่องในปัจจุบันและเรื่องในอดีต

S: บิดาผู้ป่วยบอกผู้ป่วยมีอาการหลงลืม บางครั้งไม่อาบน้ำแต่บอกอาบน้ำแล้ว ปล่อยตัวสกปรก ลืมทานอาหารเตือนให้ทานบอกว่าทานแล้ว

○: ขณะพูดคุยกับผู้ป่วย ผู้ป่วยจะใช้เวลาในการคิดคำตอบ และถ้าเป็นเรื่องที่ผ่านมาผู้ป่วยจะจำไม่ค่อยได้
 ○: การตรวจสภาพจิตผู้ป่วยมีความจำเฉพาะหน้าไม่ดี โดยให้จำของสามสิ่งได้แก่ นาฬิกา ภูเขาไฟ สมุด เมื่อกลับมาถามผู้ป่วยตอบไม่ได้

○: ผลการประเมิน MoCA = ๒๑ คะแนน (วันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖) มีความผิดปกติด้านความจำ Delayed Recall ๑/๕ คะแนน

○: ในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ที่ที่พักฟื้นพุ่มไม้จะลืมหักผ้า ลืมตัดเล็บโกนหนวด

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อช่วยส่งเสริมการพัฒนาทางการรู้คิดของผู้ป่วย
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม
๓. เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยมีความจำที่ดีขึ้น สามารถดูแลตนเองได้
๒. ผู้ป่วยได้รับการดูแลเหมาะสม
๓. ญาติผู้ป่วยสามารถบอกข้อมูลเรื่องการปฏิบัติตัวของญาติในการดูแลผู้มีภาวะบกพร่องทางการรู้คิดได้

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธ์ภาพโดยการพูดคุย ทักทายเพื่อสร้างความไว้วางใจกับผู้ป่วย
๒. ประเมินอาการหลงลืม ความจำบกพร่องโดยใช้แบบประเมิน MoCA
๓. จัดพี่เลี้ยงให้ช่วยเหลือดูแล เน้นการสื่อสารด้วยคำศัพท์ง่าย ๆ และสั้น กระชับ ได้ใจความ
๔. มีสมุดจดบันทึก เพื่อเตือนความจำ เช่น จัดตารางเวลา จัดลำดับกิจกรรมของตนเองในแต่ละวัน
๕. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมต่อการรับรู้ เช่น จัดโซนเรือนนอนเป็นสัญลักษณ์รูปภาพ มีนาฬิกาบอกเวลา มีป้ายบอกวัน เดือน ปี และปฏิทิน ตามจุดต่าง ๆ และไม่เคลื่อนย้ายสิ่งของหรือปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมบ่อย ๆ
๖. นำเข้ากลุ่มกิจกรรม Cognitive training ที่ช่วยกระตุ้นความจำ เช่น นิเวโรบิกซ์ เกมส์/ กิจกรรมบริหารสมอง (brain gym) ต่อจิ๊กซอว์ ลากเส้นต่อจุด ซูโดกุ เป็นต้น
๗. กระตุ้นให้ออกกำลังกายที่เหมาะสม เช่น โยคะ รำไทเก๊ก เป็นต้น
๘. นำเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมพัฒนาจิตตามแนวพุทธศาสนา เพื่อให้มีสมาธิจดจ่อกับสิ่งที่ทำ
๙. ดูแลให้พักผ่อนนอนหลับอย่างน้อย ๖ ชั่วโมง/วัน หากนอนไม่หลับควรรายงานแพทย์เพื่อสั่งการรักษาด้วยยาที่เหมาะสม

๑๐. ดูแลให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามปกติเช่น การอาบน้ำ ซักผ้า การออกกำลังกาย โดยช่วยกระตุ้นเตือนเมื่อผู้ป่วยหลงลืมและให้บัตร Checklist เพื่อเป็นการเตือนการดูแลตนเองเบื้องต้น โดยให้ผู้ดูแลเป็นผู้ตรวจเช็คในแต่ละวันและรายงานมาตามลำดับเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย

๑๑. พูดคุยกับผู้ป่วยอื่น ๆ ให้เข้าใจปัญหาของผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดความเสียหายเช่น การทะเลาะวิวาท และเพื่อให้เพื่อนผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการช่วยกันดูแลผู้ป่วย

๑๒. ให้ผู้ป่วยใส่ Risk Brand โดยแจ้งให้ผู้ป่วยและเพื่อนผู้ป่วย ทราบวัตถุประสงค์ที่ใส่เพื่อให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือใกล้ชิด

๑๓. วางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้านร่วมกับครอบครัวผู้ป่วย โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะบกพร่องทางการรู้คิดของผู้ป่วย ให้ข้อมูลเรื่องการปฏิบัติตัวของญาติในการดูแลผู้มีภาวะบกพร่องทางการรู้คิด และสอบถามความเข้าใจในข้อมูลของญาติเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ

๑๔. ร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการดูแล บำบัดรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยและให้การช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่าย

๑๕. สังเกตอาการ พฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและบันทึกการพยาบาล

ผลการประเมิน

- ผู้ป่วยได้รับการดูแลเหมาะสม มีการพัฒนาตัวเองซ้ำ สนใจในเรื่องสุขภาพส่วนบุคคลดีขึ้น ได้รับการช่วยเหลือในเรื่องการหลงลืม การทำกิจวัตรประจำวันและการดูแลตนเองลดลง
- ผู้ป่วยยังไม่ครบเกณฑ์การประเมิน MoCA ครั้งที่ ๒ จึงให้สมุดฝึกสมองไปทำต่อที่บ้าน
- บิดาผู้ป่วยรับทราบข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วยเช่นการพูดคุยด้วยประโยคสั้น ๆ น้ำเสียงนุ่มนวลเป็นมิตร

ข้อวินิจฉัยที่ ๕ ผู้ป่วยมีภาวะบกพร่องทางการรู้คิดด้านการสื่อสาร

ข้อมูลสนับสนุน

- S: ผู้ป่วยบอก บ่อยครั้งที่อยากจะสอบถามเรื่องราวจากเจ้าหน้าที่แต่นึกคำไม่ออกว่าจะพูดว่าอย่างไรดี
- O: ผู้ป่วยมีสีหน้าไม่สดชื่น บางครั้งมีสีหน้าครุ่นคิด สงสัย บางครั้งผู้ป่วยพูดเป็นประโยคสั้น ๆ ไม่ได้ใจความพูดประโยคซ้ำในกลุ่มประชุมเช้าทุกวัน ให้คำแนะนำเพื่อนไม่ค่อยได้
- O: ผลประเมิน MoCA (วันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖) พบความผิดปกติด้านภาษา Language = ๐/๓ คะแนน

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อช่วยส่งเสริมการพัฒนาทางการรู้คิดของผู้ป่วย
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม
๓. เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยสื่อสารได้ดีขึ้น
๒. ผู้ป่วยได้รับการดูแลเหมาะสม
๓. ญาติผู้ป่วยสามารถบอกข้อมูลเรื่องการปฏิบัติตัวของญาติในการดูแลผู้ที่มีภาวะบกพร่องทางการรู้คิดได้

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินความสามารถในการสื่อสารทั้งทางวาจา และท่าทาง
๒. สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว และทักทาย เรียกชื่อผู้ป่วย
๓. ให้ข้อมูลที่เป็นจริงกับผู้ป่วย เมื่อสื่อสารไม่ถูกต้อง
๔. สื่อสารด้วยคำศัพท์ง่าย ๆ และพูดสั้น กระชับ แต่ได้ใจความ สั่งงานหรือบอกผู้ป่วยทีละ เรื่อง ทำทีละอย่าง ไม่ซับซ้อนและพูดคุยด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล
๕. หลังจากสื่อสารกับผู้ป่วยให้ ผู้ป่วยทวนคำสั่งซ้ำตามความเข้าใจ
๖. นำเข้ากลุ่มกิจกรรม Cognitive training ที่ช่วยกระตุ้นการใช้ภาษาสื่อสาร เช่นเกมใบ้คำ กิจกรรม brain gym คำถามอะไรเอ่ย บอกชื่อสิ่งของ สตอปเทส เป็นต้น
๗. ฝึกให้คำแนะนำเพื่อนในกลุ่มประชุมเช้าและฝึกพูดหัวข้อบอร์ดกลุ่มประชุมเช้า
๘. พูดคุยให้กำลังใจ ชมเชย เมื่อผู้ป่วยสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม
๙. พูดคุยกับผู้ป่วยอื่น ๆ ให้เข้าใจปัญหาของผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดความเสียหายเช่น การทะเลาะวิวาท และเพื่อให้เพื่อนผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการช่วยกันดูแลผู้ป่วย
๑๐. ให้ผู้ป่วยใส่ Risk Brand โดยแจ้งให้ผู้ป่วยและเพื่อนผู้ป่วย ทราบวัตถุประสงค์ที่ใส่เพื่อให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือใกล้ชิด
๑๑. วางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านร่วมกับครอบครัวผู้ป่วย โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะบกพร่องทางการรู้คิดของผู้ป่วย ให้ข้อมูลเรื่องการปฏิบัติตัวของญาติในการดูแลผู้ที่มีภาวะบกพร่องทางการรู้คิด และสอบถามความเข้าใจในข้อมูลของญาติเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ

๑๒. ร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการดูแล บำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยและให้การช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่าย

๑๓. บันทึกพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง

ผลการประเมิน

- ผู้ป่วยพยายามสื่อสารบอกความต้องการของตนเองได้ดีขึ้น กล่าวที่จะบอก/สื่อสารกับผู้อื่น มากขึ้น และผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นยิ้มแย้ม พุดคุย ทักทายผู้อื่นมากขึ้น

- ผู้ป่วยยังไม่ครบเกณฑ์การประเมิน MoCA ครั้งที่ ๒ จึงให้สมุดฝึกสมองไปทำต่อที่บ้าน

ข้อวินิจฉัยที่ ๖ เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียง จากการได้รับยาทางจิตเวช

ข้อมูลสนับสนุน

O: วันที่ ๑๗ มีนาคม ๒๕๖๖ ผู้ป่วยมีอาการเครียดมากเดินหนีออกนอกตึกเพื่อจะกลับบ้าน รายงานแพทย์ปรับเพิ่มยา - Pernamed (๘) ๑ tab tid oral pc - Artane (๒) ๑ tab bid oral pc - CPZ (๑๐๐) ๑ tab oral hs

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการข้างเคียงของยากลุ่ม Antipsychotic drug

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากอาการข้างเคียงของยากลุ่ม Antipsychotic drug

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินสภาพผู้ป่วย ติดตามสัญญาณชีพเพื่อเฝ้าระวังการเกิดอาการข้างเคียงตั้งแต่ก่อนจะให้ยาตามการรักษา

๒. ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาต้านอาการทางจิตที่อาจเกิดขึ้น เช่นอาการกล้ามเนื้อตึงตัวคอแข็ง มือสั่น คอแข็ง ลิ้นคับปาก กระสับกระส่าย อยู่นิ่งไม่ได้ ปัสสาวะลำบาก เคลื่อนไหวไม่ได้ หากมีอาการให้รีบรายงานพยาบาลเพื่อรายงานแพทย์พิจารณาให้การรักษา

๓. แนะนำการดูแลตนเอง เช่น ถ้าปากแห้ง คอแห้งให้ดื่มน้ำมาก ๆ วันละ ๗ - ๘ แก้วหรือจิบน้ำบ่อย ๆ ถ้าท้องผูกจัดอาหารที่มีกากใยสูงกระตุ้นให้ออกกำลังกายและยาอาจทำให้ท้องอืด ท้องเฟ้อ มึนงง เวียนศีรษะ ระดับความดันโลหิตต่ำ ควรระมัดระวังในการเปลี่ยนอริยบท ให้ผู้ป่วยสังเกตอาการและแจ้งพยาบาลทราบเพื่อให้การช่วยเหลือ

๔. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา

๕. ดูแลจัดสภาพแวดล้อมให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก ปราศจากสิ่งกระตุ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน

๖. พุดคุยให้กำลังใจ สังเกตสัญญาณชีพและอาการเปลี่ยนแปลง

๗. บันทึกอาการและอาการแสดง

ผลการประเมิน

- ผู้ป่วยหลังจากได้รับยาในกลุ่ม Antipsychotic drug ยังไม่พบอาการข้างเคียง

ข้อวินิจฉัยที่ ๗ บกพร่องด้านสัมพันธภาพกับครอบครัว

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่าที่ดื่มสุราเพราะเครียด กลัวบิดาจะทิ้ง คิดว่าบิดาไม่รักเพราะบิดามีครอบครัวและบุตรใหม่ บิดาคงไม่อยากให้อยู่ด้วยเลยให้แยกไปอยู่คนเดียว พี่ชายก็ไม่ค่อยคุยกันเพราะเขามีครอบครัว

S: บิดาผู้ป่วยให้ประวัติว่ามีภรรยา ๒ คน มารดาของผู้ป่วยเป็นคนที่ ๑ มีบุตร ๒ คน คนที่ ๑ เป็นผู้ขายแต่งงานแยกไปอยู่กับครอบครัว คนที่ ๒ คือผู้ป่วย มารดาผู้ป่วยดื่มสุราหนักและเสียชีวิตเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๔๘ และมีภรรยาคนที่ ๒ มีบุตรสาว ๑ คน อายุ ๑๒ ปี ซึ่งปัจจุบันอยู่คนละบ้านกับผู้ป่วย

S: บิดาผู้ป่วยให้ประวัติว่าผู้ป่วยเดิมเป็นคนพูดน้อยแต่ปฏิสัมพันธ์ดีกับครอบครัว จะสนิทกับพี่ชายคุยปรึกษากันได้ แต่หลังจากเกิดอุบัติเหตุเมื่อประมาณ ๒๐ ปีก่อน ผู้ป่วยเริ่มไม่ค่อยพูดคุยกับใคร แยกตัว เงียบ และเมื่อภรรยาพาบุตร

หนีไป ผู้ป่วยเริ่มแยกตัว ไม่พูดกับใครและดื่มสุรามากขึ้นทุกวัน ทำงานไม่ไหว ไม่สนใจตนเอง และตนต้องดูแลมาตลอดเกือบ ๒๐ ปี

S: บิดาผู้ป่วยบอกเวลาผู้ป่วยอยู่บ้านไม่ช่วยทำอะไรเลย พูดด้วยก็ไม่ค่อยตอบโต้ ชอบนั่งแยกตัวคนเดียวให้ช่วยชายก่ายเตียง ล้างชามก็ไม่ทำ พอต่อว่าก็ยังเงยบ บางครั้งก็เหนื่อย ท้อ เบื่อ เพราะคิดว่าผู้ป่วยน่าจะต้องเลี้ยงดูตนเอง ไม่ใช่ตนต้องมาดูแลผู้ป่วย

S: มารดาเลี้ยงของผู้ป่วยบอกว่าไม่ชอบที่ผู้ป่วยดื่มเหล้าไม่ช่วยทำงาน และยังเดินขอเงินชาวบ้านทำให้ อับอาย พอเมาก็มาทำร้ายคนในครอบครัว

O: ผู้ป่วยกับบิดาเวลาคุยโทรศัพท์ จะพูดแต่เรื่องของตนเอง ผู้ป่วยจะย้ำเรื่องกลับบ้าน บิดาจะพูดเรื่องให้อยู่ต่อไม่ให้กลับและพูดย้ำเรื่องพฤติกรรมเดิมของผู้ป่วยทุกครั้ง

O: จากผลการทดสอบทางจิตวิทยาพบว่าผู้ป่วยมีความขัดแย้งเป็นเรื่องของสัมพันธภาพครอบครัวที่ไม่อบอุ่น ที่ทำให้มีทั้งความต้องการความรักความอบอุ่นขณะเดียวกันก็ปฏิเสธที่จะยอมรับความต้องการนี้

O: ผู้ป่วยมีสีหน้าเครียดทุกครั้งหลังคุยโทรศัพท์กับบิดา

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวทราบถึงบทบาทหน้าที่ของตนเองต่อครอบครัว

๒. เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

๓. เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมิน

๑. ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวทราบถึงบทบาทหน้าที่ของตนเองต่อครอบครัว

๒. ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

๓. สมาชิกในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยและสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัวและการมีส่วนร่วมของครอบครัว

๒. พยาบาลเป็นผู้เชื่อมความสัมพันธ์ให้กับผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวในระยะเริ่มต้น หลังจากนั้นคอยช่วยเหลืออยู่ห่าง ๆ เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

๓. ให้ข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแก่ญาติในเรื่องสมองตื้อยา การบกพร่องทางการรู้คิด ผลการทดสอบทางจิตวิทยาที่พบ Psychotic sign และปัญหาด้านการปรับตัวเนื่องจากมีบุคลิกภาพไม่เหมาะสม เพื่อให้ญาติรับรู้เข้าใจถึงสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและให้การดูแลช่วยเหลือให้เหมาะสม

๔. ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว เน้นความสำคัญของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วย บทบาทการทำหน้าที่ของครอบครัว การยอมรับในตัวตนของผู้ป่วย รับฟังคำพูดหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยไม่ตำหนิ ให้คำชื่นชมและให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

๕. แนะนำครอบครัวให้โทรมาพูดคุยอย่างน้อยสัปดาห์ละ ๑-๒ ครั้ง เพื่อให้กำลังใจผู้ป่วย

๖. ให้คำปรึกษาครอบครัวเพื่อเปิดโอกาสได้ระบายปัญหาต่าง ๆ และตัดสินใจเลือกแนวทาง วางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

๗. วางแผนร่วมกับทีมสหวิชาชีพให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว เรื่องการดูแลที่เหมาะสมตามสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

๘. สังเกตและบันทึกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

ผลการประเมิน

- ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวทราบถึงบทบาทหน้าที่ของตนเอง การปรับตัวในการอยู่ร่วมกัน พุดคุยและรับฟังกันมากขึ้น

- บิดารับรู้ข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นแล้ว บิดาผู้ป่วยยังทำใจยอมรับกับสภาพของผู้ป่วยไม่ค่อยได้ แต่รับฟังคำแนะนำการดูแลผู้ป่วย ให้ความร่วมมือในเรื่องการวางแผนการดูแลต่อที่บ้าน โดยวางแผนให้ผู้ป่วยไปทำสวนในที่ของตนเองที่ปลูกไว้ ซึ่งผู้ป่วยสมัครใจไปทำงานสวนที่บิดามอบหมายให้

ข้อวินิจฉัยที่ ๘ ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ เนื่องจากมีการสูญเสียเอกลักษณ์และขาดความเชื่อมั่น ในตนเอง

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกรู้สึกอาย เวลาต้องร่วมกลุ่มทำกิจกรรม เป็นคนไม่กล้าแสดงออกและยังมีลักษณะของไหลที่ผิดปกติ ไม่สามารถทำงานได้เหมือนคนอื่น ทำให้บิดาอับอายไม่เป็นที่ต้องการ เพราะทำงานไม่ไหว ไม่สามารถช่วยทางบ้านได้

S: บิดาเล่าว่าผู้ป่วยอายุประมาณ ๑๘ ปี ประสบอุบัติเหตุและมีกระดูกไหล่ขวาหักผิดรูปไม่ได้รับการรักษา ทำให้ผู้ป่วยไม่ออกไปไหนอยู่แต่ในบ้าน เก็บตัว เจ็บ พุดน้อยลง ถามคำตอบคำ ผู้ป่วยดื่มสุราทั้งวัน ไม่ค่อยสนใจครอบครัว ทำให้ภรรยา พานบุตรหนีกลับไปอยู่บ้านตนเองไม่กลับมาอยู่ด้วย

O: ผู้ป่วยชอบแยกตัว สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นน้อย ไม่ค่อยคุยกับใคร พุดน้อย ไม่กล้าแสดงออก มีลักษณะยังอายไม่สบายตา

O: ผลประเมินทางจิตวิทยาคลินิกของผู้ป่วยพบมี Psychotic sign แต่ยังสามารถ contact with reality ได้ แต่ทำได้ไม่เหมาะสม และมีปัญหาด้านการปรับตัวเนื่องจากมีบุคลิกภาพที่ไม่เหมาะสมอีกด้วยคือบุคลิกภาพมีลักษณะอ่อนแอ รู้สึกบกพร่อง รับรู้ว่าตนเองด้อย วุฒิภาวะต่ำกว่าวัย แยกตัว ขาดความยืดหยุ่น มักยึดหลักเหตุผลความถูกต้องมากเกินไป รู้สึกไม่เป็นมิตร ไร้อารมณ์วิจารณ์ ลังเล เก็บกวด หากจะแสดงออกก็ค่อนข้างไปทางเศร้า

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อสร้างเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองให้กับผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมิน

๑. ผู้ป่วยมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น
๒. ผู้ป่วยยอมรับในภาพลักษณ์ของตนเอง
๓. ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพื่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นและเป็นกันเองจนกระทั่ง ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ
๒. ประเมินทัศนคติ การรับรู้คุณค่าของตนเองและเป้าหมายของชีวิตจากการแสดงออกทางสีหน้า แววตา คำพูด

๓. เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกความคิดที่เกิดขึ้นหรือสาเหตุของการมองตัวเอง ด้านลบ

๔. พุดคุยให้คำปรึกษากับผู้ป่วยตามกระบวนการจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรม โดยการเปรียบเทียบกับคนอื่นที่ด้อยกว่าตนเองทั้งภาพลักษณ์และความสามารถแต่ไม่ท้อถอย สามารถต่อสู้กับอุปสรรค ความยากลำบากต่าง ๆ จนประสบความสำเร็จในชีวิตได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มองเห็นและค้นหา ศักยภาพในตนเอง เสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเอง มีความคิดเชิงบวกต่อตนเอง

๕. กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยเปลี่ยนมุมมองไปสู่อนาคต โดยไม่สนใจกับเหตุการณ์ที่ทำให้ตนเองสูญเสีย ภาพลักษณ์ในอดีต ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่อาจกลับไปแก้ไขได้ ไม่มีประโยชน์ที่จะคิด รังแต่จะก่อให้เกิดความ ทุกข์ท้อถอยแก่ตนเอง

๖. ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง ให้ค้นหาและมองเห็นความสำเร็จในอดีตโดยไม่ เน้นความล้มเหลวในอดีต เช่น ให้ผู้ป่วยเล่าถึงความดีที่เคยกระทำ พร้อมกล่าวชมเชยผู้ป่วย

๗. ส่งเสริมผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยได้มีบทบาทเช่น การมอบหมายงานให้ทำ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามากขึ้น

๘. พูดคุยกับบิดาผู้ป่วยในการดูแลให้กำลังใจกับผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน มีการสื่อสารทางบวก ชมเชยเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมในทางที่ดี ไม่ตำหนิโดยไม่บอกเหตุผล มอบหน้าที่หรืองานที่ผู้ป่วยถนัด

๙. ฝึกทักษะการตั้งเป้าหมายในชีวิตและวางแผนการปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้

๑๐. สังเกตอาการและพฤติกรรม เพื่อบันทึกการพยาบาล

ผลการประเมิน

ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่า ยอมรับในภาพลักษณ์ของตนเอง ระบุว่าตนเองยังมีความสามารถ โดยมีแผนการดำเนินชีวิตหลังจำหน่ายจะไปทำสวนให้กับบิดา ซึ่งเคยทำมาก่อนและมีความถนัด

ข้อวินิจฉัยที่ ๙ เสี่ยงต่อการบำบัดไม่ครบตามกระบวนการเนื่องจากขาดแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกไม่อยากจะย้ายตึกฟื้นฟู บิดาบังคับให้มาไม่อยากอยู่อยากกลับบ้าน

O: ผู้ป่วยสีหน้าเครียด กังวล เรื่องการกลับบ้าน ผู้ป่วยร้องขอโทรศัพท์หาบิดาทุก ๕ วัน พูดคุยเรื่องขอให้บิดามารับกลับบ้าน ไม่อยากอยู่รักษา มีประวัติผู้ป่วยเคยหลบหนีแต่ไม่สำเร็จเมื่อมารักษาครั้งก่อน

O: ผู้ป่วยมีภาวะบกพร่องทางการรู้คิดระดับเล็กน้อย

O: ผลประเมินทางจิตวิทยาคลินิกของผู้ป่วยพบมี Psychotic sign และมีปัญหาด้านการปรับตัวเนื่องจากมีบุคลิกภาพที่ไม่เหมาะสม

O: ผู้ป่วยเดินหนีออกนอกบริเวณตึกฟื้นฟู แต่เจ้าหน้าที่ตามกลับมาได้

O: ระดับแรงจูงใจในการอยู่รักษาอยู่ในขั้นเฉื่อย

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการอยู่บำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ

๒. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดครบกระบวนการ

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ระดับแรงจูงใจในการอยู่รักษาเพิ่มขึ้น

๒. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือและเข้ารับการบำบัดครบกระบวนการ

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินสภาพอาการทางร่างกายและระดับแรงจูงใจในการอยู่รักษาของผู้ป่วย

๒. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกและรับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ ด้วยท่าทางที่เป็นมิตร

๓. ค้นหาปัญหาและสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วย

๔. สะท้อนข้อมูลความเป็นจริงเกี่ยวกับผลกระทบของสุราในช่วงที่ผ่านมา ที่มีต่อตนเองและครอบครัว

๕. วางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์และนักกิจกรรมบำบัด ในการดูแลผู้ป่วย โดยแพทย์ปรับการดูแลรักษาโดยให้ยาต้านอาการทางจิต ให้ย้ายตึกบำบัดยาเพื่อดูแลอาการและพฤติกรรม

๖. ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ญาติผู้ป่วยและผู้ป่วย ในการวางแผนการอยู่รักษาและการดูแลหลังจำหน่ายผู้ป่วย

๗. ร่วมกับนักสังคมสงเคราะห์ ประสานหน่วยงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองในพื้นที่ ที่ผู้ป่วยอยู่อาศัย เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลหลังการจำหน่าย

๘. เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในระยะฟื้นฟู จัดให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มการสร้างแรงจูงใจในการบำบัดฟื้นฟู ร่วมกับเพื่อนผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยปรับตัวในการอยู่ฟื้นฟูและให้เห็นถึงความสำคัญในการอยู่รักษา ซึ่งประกอบด้วย ๖ กิจกรรม

๙. ให้คำปรึกษาแนะนำตามความต้องการของผู้ป่วยและให้กำลังใจในการอยู่บำบัดฟื้นฟู

๑๐. จัด Buddy ให้แก่ผู้ป่วยเพื่อช่วยเหลือและเฝ้าระวังการหลบหนีอย่างใกล้ชิด

๑๑. ให้ข้อมูลเพื่อนผู้ป่วยอื่น ๆ ในการช่วยเหลือดูแลเฝ้าระวังความเสี่ยงในการหลบหนีของผู้ป่วย เช่น การมอบหมายงานให้ในพื้นที่ที่เห็นผู้ป่วยได้ชัดเจน

๑๒. ติดตามญาติ เมื่อผู้ป่วยต้องการพูดคุยเพื่อให้กำลังใจในการอยู่บำบัดฟื้นฟูของผู้ป่วย

๑๓. ประเมินระดับแรงจูงใจซ้ำ

๑๔. สังเกตอาการ พฤติกรรมและบันทึกการพยาบาล

ผลการประเมิน

- แรงจูงใจในการอยู่บำบัดฟื้นฟูอยู่ในขั้นตัดสินใจ (Determination)

- ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมและเข้ารับการรักษาครบกระบวนการ อยู่รักษาครบ ๑๐๖ วัน

ข้อวินิจฉัยที่ ๑๐ เสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำ

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่าตนต้องกลับไปช่วยพ่อทำงานและต้องอยู่กับแม่เลี้ยงซึ่งมักจะพูดตำหนิผู้ป่วย พ่อก็ไม่ค่อยมีเวลาได้อยู่พูดคุย แยกกันอยู่กับบิดา ผู้ป่วยอยู่คนเดียว

O: ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องสัมพันธ์ภาพกับบุคคลในครอบครัว จากผู้ป่วยดื่มสุรามานานหลายปี ไม่ทำงาน ไม่ช่วยงานที่บ้าน ไม่มีเป้าหมายในชีวิต ไม่สนใจตัวเองและคนรอบข้าง เดินขอเงินชาวบ้านทำให้ครอบครัวอับอาย ก้าวร้าวเมื่อเมาทำร้ายบิดา

O: ผู้ป่วยมีภาวะบกพร่องทางการรู้คิด ทำให้การคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจไม่ดี

O: มี Psychotic sign และมีปัญหาด้านการปรับตัวเนื่องจากมีบุคลิกภาพที่ไม่เหมาะสม

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยบอกวิธีการดูแลตนเองและทักษะในการป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำได้

๒. ผู้ป่วยมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต

๓. ผู้ป่วยมีพัฒนาการด้านการรู้คิดเพิ่มขึ้น

๔. ญาติมีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะบกพร่องทางการรู้คิดและทราบแนวทางการดูแลผู้ป่วยในการป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ

๒. ประเมินอาการ พฤติกรรม ความคิดทัศนคติ และเป้าหมายของชีวิต

๓. ประเมินสัมพันธ์ภาพของผู้ป่วยกับครอบครัวจากการพูดคุยและการแสดงออกทางสีหน้าแวตาท่าทาง

๔. จัดให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มทักษะการสำรวจตนเอง การตั้งเป้าหมาย การวางแผนการดำเนินชีวิต ทักษะการปฏิเสธ การหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น และการป้องกันการติดซ้ำ

๕. ให้คำปรึกษารายบุคคล/ครอบครัว พร้อมรับฟังและตอบข้อสงสัย

๖. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโทษและพิษภัยของสุรา เกี่ยวกับโรคสมองติดยา การบกพร่องทางการรู้คิด การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งให้บัตรรณรงค์สุขภาพเรื่องการบกพร่องทางการรู้คิดแก่ผู้ป่วย และส่งข้อมูลความรู้เรื่อง

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะบกพร่องทางการรู้คิดและการดูแลผู้ป่วยในการป้องกันการเสพติดซ้ำแก่ญาติทาง Application line เพื่อส่งเสริมการดูแลป้องกันอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

๗. ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ขณะอยู่รักษาและการเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่าย

๘. ร่วมกับนักสังคมสงเคราะห์ ประสานขอความร่วมมือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อดูแลผู้ป่วยและครอบครัว หลังการจำหน่ายอย่างต่อเนื่อง โดยประสาน พม. จังหวัดสุพรรณบุรีในการลงพื้นที่และส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยให้แก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ในการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อ

๙. ก่อนจำหน่ายให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ เรื่องการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ และแนะนำสถานบริการใกล้บ้าน หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างทันที่

๑๐. บันทึกการพยาบาล

ผลการประเมิน

- ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มการสร้างทักษะป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ มีเป้าหมายอยากเลิกสุราและจะกลับไปทำสวน และสามารถบอกทักษะการปฏิเสธได้

- บิดารับรู้ข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นแล้ว รับฟังคำแนะนำการดูแลผู้ป่วย ทราบแนวทางการดูแลผู้ป่วยในการป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน

- วันที่ ๑๑ พฤษภาคม ๒๕๖๖ จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยและบิดาทราบเรื่องการส่งข้อมูลประวัติการรักษาของผู้ป่วยให้โรงพยาบาลอุ้มทอง จ.สุพรรณบุรีเพื่อติดตามการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และทราบว่า มีหน่วยงาน พม.จ.สุพรรณบุรี ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ข้อวิจารณ์และข้อเสนอแนะ

กรณีศึกษาผู้ป่วยเสพติดสุรามีภาวะบกพร่องทางการรู้คิด รายนี้เริ่มดื่มสุราตั้งแต่ช่วงวัยรุ่นและดื่มต่อเนื่องมาเป็นเวลานานจนทำให้เสพติดสุราในที่สุด การเสพติดสุรานอกจากจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดื่มแล้วยังส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว ทั้งเรื่องการเงินและการทำงานด้วย แม้จะรักษามานาน แต่ผู้ป่วยรักษาไม่ต่อเนื่องรวมทั้งยังมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วยในบางช่วงเวลา ส่งผลทำให้เกิดอาการทางด้านร่างกาย รวมถึงสมองและภาวะแทรกซ้อนทางจิตที่รุนแรงมากขึ้น ซึ่งเป็นความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลของบุคคลในครอบครัวและอาจเป็นอันตรายต่อบุคคลรอบข้าง ดังนั้น พยาบาลจึงต้องมีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเฉพาะทาง ต้องมีองค์ความรู้เรื่องภาวะบกพร่องทางการรู้คิด รวมทั้งมีทักษะและความสามารถในการบูรณาการพยาบาล การประเมินอาการ และการวินิจฉัยอย่างถูกต้องแม่นยำ เพื่อช่วยดูแลและฟื้นฟูสุขภาพ ป้องกันความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดอันตรายที่รุนแรงมากขึ้น

นอกจากนี้ การปฏิบัติงานโดยการประสานกับทีมสหวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลรักษาอย่างครอบคลุมในทุกปัญหา การสร้างความตระหนักรู้ในการดูแลภาวะสุขภาพอย่างเหมาะสม การส่งต่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนโดยให้บุคลากรในชุมชนมีส่วนในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ สิ่งต่างๆ เหล่านี้ เป็นเรื่องท้าทายความรู้ความสามารถของพยาบาลเป็นอย่างมาก ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขโดยไม่ต้องพึ่งพายาเสพติด

ข้อเสนอแนะ

ด้านการพยาบาล

๑. ผู้ป่วยเสพติดสุราที่มีภาวะบกพร่องทางการรู้คิดนั้น ถือว่าเป็นผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล ทั้งนี้พยาบาลผู้ดูแลต้องให้การพยาบาลแบบองค์รวม ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญา สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งพยาบาลต้องมีองค์ความรู้ ความสามารถ รวมทั้งมีทักษะในการประเมินอาการถอนพิษสุรา ประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการดื่มสุรา แล้วใช้กระบวนการพยาบาลดำเนินการตามขั้นตอน ให้การพยาบาลตามความเหมาะสม สามารถจัดกิจกรรม

การพยาบาลให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย ที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย จากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ นอกจากนี้พยาบาลยังต้องมียุทธศาสตร์ความรู้ในการให้บริการปรึกษา การพัฒนาด้านการรู้คิดของผู้ป่วยเพื่อแก้ปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดฟื้นฟู และทักษะวิธีการต่าง ๆ ด้านการให้บริการปรึกษาและจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้ผู้ป่วยและญาติ ในการป้องกันการกลับไปเสพติดย้ำ จึงจะทำให้การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดสุราที่มีภาวะบกพร่องทางการรู้คิด ได้ผลลัพธ์ที่ดี และสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้

๒. ก่อนผู้ป่วยจะกลับสู่ครอบครัว สิ่งที่จะช่วยยับยั้งไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปเสพติดย้ำ คือครอบครัวและบุคคลรอบข้างผู้ป่วย ดังนั้นการดึงครอบครัวมีส่วนร่วมจึงเป็นเรื่องสำคัญมาก ต้องให้ครอบครัวเข้าใจถึงตัวผู้ป่วยและเข้าใจบทบาทหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวที่จะช่วยดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน และให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงบทบาทหน้าที่ของคนในครอบครัวด้วย เพื่อช่วยลดอัตราการกลับไปใช้เสพติดย้ำ

๓. การดูแลบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติดสุรา นอกจากผู้ป่วยและญาติจะสำคัญแล้ว ทีมสหวิชาชีพยังมีความสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ พยาบาลควรมีการประสานกับทีมสหวิชาชีพเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวตามความจำเป็นในด้านต่าง ๆ หรือส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยกลับสู่สังคมและอยู่รอดปลอดภัย ไม่กลับมาเสพติดย้ำอีก

ด้านนโยบาย

๑. องค์กรพยาบาลควรมีนโยบายในการส่งเสริมสนับสนุน ฝึกอบรม เสริมสร้างทักษะบุคลากรด้านการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดสุราที่มีภาวะบกพร่องทางการรู้คิดอย่างทั่วถึง เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจ และสามารถใช้กระบวนการพยาบาลอย่างถูกต้องเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ

๒. ปัจจุบันผู้ป่วยเสพติดสุราที่มีภาวะบกพร่องทางการรู้คิด มีโอกาสเข้ารับบริการในสถานพยาบาลต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล ที่มีใช้โรงพยาบาลเฉพาะทางยาเสพติดและจิตเวช จึงควรได้รับการสนับสนุนให้มีการฝึกอบรมในเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะบกพร่องทางการรู้คิด และจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคลากรที่ดูแลเฉพาะทางยาเสพติดกับบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลทั่วไป เพื่อนำไปพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ตามสภาพปัญหาและสถานการณ์ ปัจจุบันของผู้ป่วยยาเสพติด

๓. ทักษะคติในการดูแลผู้ป่วยเสพติดสุราเป็นสิ่งสำคัญ หน่วยงานหรือองค์กร ควรมีการเสริมสร้าง ทักษะคติที่ดี แก่บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล เพราะสาเหตุหนึ่งที่ทำให้กระบวนการบำบัด ไม่ได้ผลเกิดจากการที่บุคลากรมองว่าผู้ป่วยเสพติดสุรานั้น เป็นผู้ทำให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านสุขภาพและสังคม จึงควรให้บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยเสพติดสุราอย่างถูกต้อง ซึ่งจะช่วยปรับทัศนคติให้เป็นไปในแนวทางที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

มาโนช หล่อตระกูล. (๒๕๕๓). **การฆ่าตัวตาย: การรักษาและการป้องกัน**. กรุงเทพฯ: บริษัทปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.

Fernández-Serrano MJ, Pérez-García M, Schmidt Río-Valle J, & Verdejo-García A. (๒๐๑๐).

Neuropsychological consequences of alcohol and drug abuse on different components of executive functions. *Journal of Psychopharmacology*, ๒๔(๙), ๑๓๑๗-๓

Hoffman LA, Sklar AL, & Nixon SJ. (๒๐๑๕). The effects of acute alcohol on psychomotor, set-

shifting, and working memory performance in older men and women. *Alcohol*, ๔๙(๓),

๑๘๕-๙๑.