- 1 ก.ย. 2529

แนวการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ในโรงพยาบาลที่มีภาวะการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์

Nursing Guidelines for Orthopedic Inpatients with Sensory Deprivation Conditions

สำนักหอสมุด

นางสาวนารี ยิ้มใย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต
สาขาพยาบาลศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2529

กองหอสมุด

Copyright by Mahidol University

17022

หน้าเสนอ

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

แนวการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ในโรงพยาบาลที่มีภาวะการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์

ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาล ได้เสนอ

ต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ 11 เมษายน 2529

.....

(นางสาวนารี ยิ้มใย)

ผู้เสนอ

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.ทัศนา บุญทอง)

อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญศรี ระเบียบ)

อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วรรณี สัตยวิวัฒน์)

อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.มันตรี จุลสมัย)

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิเชียร ทวีลาภ)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์

Copyright by Mahidol University

หน้าอนุมัติ

คณะกรรมการได้ทำการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์

เรื่อง

แนวการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ในโรงพยาบาลที่มีภาวะการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์

โดย

นางสาวนารี ยิ้มใย

เมื่อวันที่ 11 เมษายน 2529 เห็นสมควรอนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.ทัศนา บุญทอง)

ประธานกรรมการ

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญศรี ระเบียบ)

กรรมการ

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วรรณี สัตยวิวัฒน์)

กรรมการ

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์กรรณิการ์ สุวรรณโคต)

กรรมการ

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.มันตรี จุลสมัย)

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

Copyright by Mahidol University

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวนารี ยิ้มใย

วัน เดือน ปีเกิด 30 พฤศจิกายน 2498

สถานที่เกิด จังหวัดพิษณุโลก

ประวัติการศึกษา

วุฒิการศึกษา วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาล) เกียรตินิยมอันดับ 2

สถานที่ศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สำเร็จการศึกษา ปี พ.ศ. 2520

ประวัติการทำงาน

สถานที่ทำงาน วิทยาลัยพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

ตำแหน่ง อาจารย์ระดับ 4

Copyright by Mahidol University

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์	แนวการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ในโรงพยาบาล-ที่มีภาวะการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์
นักศึกษา	นางสาวนารี ยิ้มใย
ระดับปริญญา	วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)
สาขาวิชาเฉพาะ	การพยาบาลอายุรศาสตร์ – ศัลยศาสตร์
สถาบัน	คณะพยาบาลศาสตร์
กรรมการผู้ควบคุม วิทยานิพนธ์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัศนา บุญทอง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญศรี ระเบียบ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วรรณี สัตยวิวัฒน์
วัน เดือน ปี	11 เมษายน 2529

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา เพื่อสำรวจปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นผลจาก-ภาวะการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ของผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ในโรงพยาบาล และการกำหนดแนวการพยาบาลในการป้องกันและช่วยเหลือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะนี้ตามผลการวิจัยที่ค้นพบ โดยทำการศึกษาผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ในโรงพยาบาลแผนกสามัญทั้งชายและหญิง 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาล-กลาง โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลพุทธชินราช โดยการเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่ผู้วิจัยกำหนด จำนวนทั้งสิ้น 100 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบประเมินภาวะการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ในผู้ป่วย – ออร์โธปิดิกส์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรง-คุณวุฒิจำนวน 10 ท่าน และหาค่าความเที่ยงแบบการหาความคงตัวภายในโดยใช้สูตร K-R 20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.6 สถิติใช้ในการ – วิเคราะห์ข้อมูล คือ สัดส่วนและแจงนับจำนวนร้อยละ แล้วจัดลำดับ-

Copyright by Mahidol University

ความสำคัญของปัจจัยส่งเสริมและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามความมากน้อยของจำนวนร้อยละ และเสนอแนะแนวการพยาบาลตามลำดับของแต่ละหัวข้อที่ศึกษาได้

ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ของผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ในโรงพยาบาล สามารถจัดลำดับความสำคัญได้ดังนี้ คือ

1. ผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เนื่องจากการรักษาที่ได้รับ
2. ขาดปัจจัยที่บอกให้ทราบเวลา
3. ตำแหน่งของเตียง ตั้งอยู่ในที่ซึ่งผู้ป่วยอยู่บนเตียงแล้วไม่สามารถมองเห็นสิ่งแวดล้อมภายนอก
4. ผู้ป่วยถูกจำกัดอยู่บนเตียง แต่สามารถช่วยเหลือตนเองได้
5. เจ้าหน้าที่เข้ามาติดต่อพูดคุยกับผู้ป่วยน้อยมาก เพียงผ่านมาก็ทักทายหรือเมื่อผู้ป่วยเรียกเวลามีปัญหา
6. ผู้ป่วยนอนหลับน้อยกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน
7. มีตัวความเครียดเฉพาะเกิดขึ้น เมื่อมาอยู่ในโรงพยาบาล เช่น มีไข้สูงติดต่อกันนานเกินกว่าหนึ่งสัปดาห์

สำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเนื่องมาจากภาวะนี้ พบว่ามีพฤติกรรมมากกว่า 1 อย่างขึ้นไป กล่าวคือ มีพฤติกรรมวิตกกังวลร่วมกันและมีพฤติกรรมร่วมด้วยมากน้อยต่างกันตามลำดับ ผู้วิจัยสามารถจัดลำดับความสำคัญได้ดังนี้

1. ต้องการเข้าสังคม
2. เบื่อหน่าย
3. สูญเสียสมาธิ
4. ประสาทหลอน
5. อารมณ์ไม่คงที่

Copyright by Mahidol University

6. รู้สึกถูกแยกจากบุคคลอื่น
7. ฝันกลางวัน
8. ซึมเศร้า
9. ไม่ยินดียินร้าย
10. ไม่รู้กาละเทศะ
11. ต่อต้าน
12. หงุดหงิด
13. หลงผิด
14. สูญเสียความทรงจำ

ส่วนลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่ไม่พบในผู้ป่วย คือ ความผิดปกติในการประสานหน้าที่ของการเคลื่อนไหว ก้าวร้าว การเปลี่ยนแปลงในเรื่องการรับรู้เกี่ยวกับสี การให้เหตุผลและแปลภาพผิด

การกำหนดแนวการพยาบาล ครอบคลุม 2 ประเด็น คือ การป้องกันภาวะการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ โดยการขจัดปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดภาวะนี้ และการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ให้สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม

Copyright by Mahidol University

Thesis Title : Nursing Guidelines for Orthopedic Inpatients with Sensory Deprivation Conditions

Student : Miss Naree Yimyai

Degree : Master of Science (Nursing)

Department : Medical - Surgical Nursing

Faculty : Faculty of Graduate Studies

Advisors : Assistant Professor Dr.Tassana Boontong

Assistant Professor Pensri Rabieb

Assistant Professor Wannee Satayawiwat

Date of Graduation : April 11, 1986.

Abstract

The purpose of this study was to study the predisposing factors creating sensory deprivation conditions and benavioral changes according to sensory deprivation conditions in orthopedic Inpatients within 4 government hospitals. All patients were admitted into the general wards in Siriraj Hospital, Central Hospital, Police General Hospital, and Buddhachinaraj Hospital. One hundred patients were selected to be the sample of

Copyright by Mahidol University

the study according to the criteria designed by the - investigator. Data were collected by applying Assessment tool developed by the investigator. The tool was - validated by 10 experts in the field and Kuder - Richardson 20 was used to test the reliability where the reliable of 0.6 was found. Statistical analysis of data for proprotionality and percentage were used then, the priority of each problem were set corresponding to the order of percentage. Nursing guidelines were - developed in accordance to each problem found in the - study.

Predisposing factors faced by orithopedic Inpatients are found as followed.

1. Therapeutically required mobilization restricted
2. Lack of the factors in relation to support time oriented
3. The bed's location arrangement inhibited patients from external environment.
4. Only restricted in bed but allow self helf activities.
5. Nurse - Patients contact neclected, interaction occured only when patients requested.

Copyright by Mahidol University

6. Sleeping hours of patients less than 6 hours per day.
7. Specific stressors occurred during hospitalization ic fever sustaining longer than one week.

Study of behavioral changes according to sensory deprivation conditions revealed that at least two forms of behavior changes appeared together after each patient experiencing sensory deprivation conditions. Anxiety appeared in all cases coupled with one or more forms within the following list.

1. Desired for socialization
2. Boredom
3. Loss of consciousness
4. Hallucination
5. Emotional unstable
6. Feeling being left out
7. Daydream
8. Depression
9. Apathy
10. Disorientation
11. Noncompliance behavior
12. Irritability
13. Delusion

Copyright by Mahidol University

14. Loss of memory

The following forms of behavior were not appeared in these group of patient. Those form of behavior are the impairement of movement coordination, aggression impaired of color perception, reasonal thinking and illusion,

The purposed nursing care guidelines covered 2 major aspects, the preventive measures of sensory deprivation conditions by manipulating the predisposing factors and nursing intervention guidelines to promote patients' adaptation.

Copyright by Mahidol University

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนา บุญทอง ผู้ช่วยศาสตรจารย์ เพ็ญศรี ระเบียบ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ วรรณี สัตยวิวัฒน์ อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงที่กรุณาให้แนวทาง คำแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ของวิทยานิพนธ์จนสำเร็จลุล่วงด้วยดีนอกจากนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัยให้ครอบคลุมเนื้อหา

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาลตลอดจนหัวหน้าตึกผู้ป่วย พยาบาล และเจ้าหน้าที่ ทุกท่าน ในตึกผู้ป่วยอกรโธปิดิกส์แผนกสามัญโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลพุทธชินราช ทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านที่ได้กล่าวมาแล้วเป็นอย่างยิ่ง และขอขอบคุณผู้ป่วยอกรโธปิดิกส์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือ จนการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้

ขอขอบคุณ คุณเชิ่มทอง พันธุวัฒน์ ที่ช่วยเหลือจัดพิมพ์งานวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

สุดท้ายนี้ผู้วิจัย ขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา และญาติพี่น้อง ที่ได้ให้กำลังใจเสมอมา ขอขอบคุณ China Medical Board of New York ที่กรุณาเอื้อเฟื้อเงินทุนบางส่วน ในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณพี่และเพื่อน ๆ ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและกำลังใจมาโดยตลอด.

นารี ยิ้มใย

Copyright by Mahidol University

สารบัญเนื้อหา

		หน้า
ประวัติผู้ทำการวิจัย		ก
บทคัดย่อภาษาไทย		ข-
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ		จ
กิตติกรรมประกาศ		ฌ
สารบัญเนื้อหา		ญ
สารบัญตาราง		ฐ
บทที่		
1	บทนำ	1
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
	ความมุ่งหมายของการวิจัย	6
	ข้อตกลงเบื้องต้น	7
	ขอบเขตของการวิจัย	7
	คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	7
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้	8
2	เอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
	กระบวนการกระตุ้นทางเซนซอรี่	10
	มโนทัศน์ของการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรี่	19
	ทฤษฎีภาวะการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรี่	22
	ขอบเขตการศึกษาเกี่ยวกับการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรี่	25
	การขาดการกระตุ้นทางเซนซอรี่ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในโรงพยาบาล	28
	ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรี่	29

Copyright by Mahidol University

บทที่		หน้า
	การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นผลของการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรี่	33
	หลักและวิธีการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรี่	36
	การศึกษาภาวะการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรี่ในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว	44
3	วิธีดำเนินการวิจัย	49
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	49
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	49
	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	51
	การวิเคราะห์ข้อมูล	51
4	ผลการวิจัย แนวการพยาบาล และการอภิปรายผล	52
	ผลการวิจัย	52
	อภิปรายผลการวิจัย	71
	แนวการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ในโรงพยาบาลที่มีภาวะการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรี่	76
	อภิปรายแนวการพยาบาล	92
5	สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	93
	สรุปผลการวิจัย	93
	ข้อเสนอแนะ	95

LIBRARY DIVISION

Copyright by Mahidol University

หน้า

บรรณานุกรม 97

ภาคผนวก ก. 106

แบบประเมินผู้ป่วยออร์โธปิกส์ในโรงพยาบาลที่ขาดการกระตุ้นทางเซนซอรี่ 107

ภาคผนวก ข. 124

ข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 125

ภาคผนวก ค. 133

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ 134

Copyright by Mahidol University

สารบัญตาราง

		หน้า
ตาราง 1 – 3	ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	52
ตาราง 4 – 17	ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์	55
ตาราง 18	ร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามตัวความเครียดเฉพาะที่เกิดขึ้น (ไข้ และความเจ็บปวด) และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	67
ตาราง 19	ร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการสูญเสียการรับการกระตุ้นทางตา, หู หรือผู้ไม่สูญเสียการรับการกระตุ้นทางเซนซอรีย์	69
ตาราง 20 —32	ข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	107

Copyright by Mahidol University

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์เป็นผู้ป่วยที่เป็นโรค และ/หรือได้รับบาดเจ็บของอวัยวะที่ทำหน้าที่ในการเคลื่อนไหว ซึ่งหลักสำคัญในการรักษาผู้ป่วย คือ การจำกัดการเคลื่อนไหว (Immobilization) ของอวัยวะส่วนนั้น โดยการดึง (Traction) หรือเข้าเฝือก การจำกัดการเคลื่อนไหวทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ตามปกติ มีการกระตุ้นทางการเคลื่อนไหวลดลง ซึ่งภาวะนี้เป็นภาวะการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์

ความเจ็บป่วยเป็นภาวะที่ขัดขวางการดำเนินชีวิตตามปกติของมนุษย์ " สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการดึง เข้าเฝือก หรือถูกจำกัดอยู่บนเตียง สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งแวดล้อมที่ถูกจำกัดเพื่อการรักษา สิ่งกระตุ้นทางเซนซอรีย์ของผู้ป่วยจะถูกจำกัดอยู่เฉพาะที่เตียง ผ้าปูที่นอน และผ้าห่ม ขึ้นอยู่กับว่าผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหวมากน้อยเพียงใด ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่อยู่บนเตียงนอนแบบสไตร์เกอร์ เฟรม (Stryker Frames) ลานสายตาของผู้ป่วยจะถูกจำกัดอยู่ที่เพดานหรือฝ้าห้อง หรือถอยางดีที่สุดก็จะมองเห็นได้ในระดับสายตา "[1]

---

[1] Pamela Holsclaw Mitchell, "Sensory Status", Concepts Basic to Nursing, ed.by Pamela Holsclaw Mitchell, and Ann Loustau (3 rd.ed; New York : McGraw - Hill Book Company, 1981), p. 323.

Copyright by Mahidol University

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การจำกัดการเคลื่อนไหว ทำให้เกิดการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหว (Kinesthetic) และการสัมผัส[1] ซึ่งเป็นการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีที่สำคัญมากอย่างหนึ่ง และเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียด มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมในผู้ป่วยอย่างมาก ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยไม่สามารถทำทุกอย่างได้เช่นคนปกติ ไลเดอร์แมน (Leiderman) สรุปว่า "การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมที่เกิดขึ้นอาจปรากฏได้หลายรูปแบบ เช่น วิตกกังวล ไม่รับรู้ต่อบุคคล เวลา และสถานที่ มีความผิดปกติในการรับความรู้สึก บางครั้งอาจแสดงออกมาในรูปของ ประสาทหลอน และหลงผิด[2]" บางรายมีพฤติกรรมต่อต้าน (Noncompliance behavior) ต่อคำสั่งหรือการรักษา โดยพยายามเอาเครื่องถ่วงดึงออกหรือพยายามที่จะลุกจากเตียงในขณะ

---

[1]Marie Grannan Morgan, "Sensory Alteration," Childbearing : A Nursing Perspective , ed. by Ann L. Clark, Dyanne D. Affonso, and Thomas Harris (2 nd ed.; Philadelphia: F.A. Davis Company, 1979), p.71

[2]Herbert Leiderman, et al. "Sensory Deprivation : Clinical Aspects," A.M.A. Archives of Internal Medicine, Vol. 101, No. 2 (February, 1958), 393.

Copyright by Mahidol University

ที่แพทย์ให้นอนพักบนเตียง เป็นต้น [1]

สำหรับผู้ป่วยกลอรโซปิดิกส์ การเกิดภาวะการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ไม่เฉพาะอยู่แต่การถูกจำกัดการเคลื่อนไหวแต่เพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่ยังมีสาเหตุอื่นที่เกิดขึ้นพร้อม ๆ กันนี้รวมได้อีกมาก หรือแม้แต่การประกอบอาชีพก็อาจถูกกระทบกระเทือนไปด้วย และในโอกาสเช่นนี้คาจเป็นสาเหตุให้ไม่สามารถอยู่ร่วมในสังคมได้ตามปกติ

นอกจากนั้น สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลยังทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกถูกแยกจากสังคมได้อีกด้วย ทั้งนี้เพราะตลอดเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลผู้ป่วยต้องแยกจากครอบครัวและเพื่อน นอกจากเวลาที่อนุญาตให้เยี่ยมได้เท่านั้น การเจ็บป่วยด้วยโรคกลอรโซปิดิกส์เป็นภาวะเรื้อรัง และต้องรักษาเป็นเวลานาน ผู้ป่วยเป็นจำนวนมากต้องเผชิญปัญหากับการที่ญาติไม่สามารถเยี่ยมได้อย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะบางรายที่ป่วยนานมากและญาติไม่มาเยี่ยมเลย จะเป็นด้วยสาเหตุของความจำเป็นทางเศรษฐกิจหรือสาเหตุอื่นใดก็ตาม ซึ่งเป็นผลให้ผู้ป่วยต้องแยกจากครองครัวและเพื่อนมากขึ้น โบลิน กล่าวว่า " สิ่งกระตุ้นทางเซนซอรีย์ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ในโรงพยาบาล เช่น -

---

[1] Rose Homan Bolin, " Sensory Deprivation : An Overview," Nursing Forum, Vol. 13, No. 3 (March, 1974), 252.

Copyright by Mahidol University

งานประจำ (Routine) ของโรงพยาบาล และศัพท์ทางการแพทย์ที่ผู้ให้การดูแลใช้อยู่เสมอ อาจมีความหมายเพียงเล็กน้อยสำหรับผู้ป่วย และการที่ต้องอยู่บนเตียงในห้องเดียวกันตลอดเวลาทำให้เกิดความซ้ำซาก จำเจ และน่าเบื่อหน่าย " [1] นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนปกติของการดำเนินชีวิตและการนอนหลับ การแยกจากสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยที่บ้าน และต้องปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมใหม่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีเวลาคิดหมกมุ่นถึงความเจ็บป่วยและความหลังนอกจากนั้น การที่ผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหวจึงต้องพึ่งพาผู้อื่นมากก่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า (self - esteem ต่ำลง) ในด้านการพยาบาล หากพยาบาลไม่ได้ตระหนักในความจริงข้อนี้ ก็จะไม่เกิดการให้ความสำคัญต่อการดูแล ด้านการเพิ่มการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ อันเป็นปัจจัยสำคัญของสาเหตุความเครียดในผู้ป่วย ก็จะทำให้เกิดปัญหาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในผู้ป่วยอัลโรโปติกส์ตามมาอย่างมาก

โคดิล (Chodil) และวิลเลี่ยม (Williams) พยาบาลทั้งสองท่านเชื่อว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นผลของภาวะการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์นี้ สามารถป้องกันและควบคุมไม่ให้เกิดขึ้นได้ด้วยความสามารถ ความรอบรู้ และการดูแลที่เอาใจใส่ของพยาบาล [2] ในกรณี

---

[1] Ibid.

[2] Judith Chodil, and Barbara Williams, " The Concept of Sensory Deprivation, " The Nursing Clinics of North America, Vol. 5, No. 3 (September, 1970), 453 - 65.

Copyright by Mahidol University

ที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมเกิดขึ้น ถือว่าเป็นความล้มเหลวของการรักษาพยาบาล[1]

ดังนั้น การดูแลที่ดีก็คือ การป้องกันไม่ให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้น กล่าวคือ ให้การเพิ่มการกระตุ้นทางเซนซอรีย์อื่น ๆ เช่น การสัมผัสพูดคุย ให้อาหารรสแปลก ๆ ตามที่ชอบ แนะนำให้ใช้เทคนิคการกระตุ้นตนเอง (Self - Stimulation Technique) โดยการฟังเพลงในลำคอ จัดให้มี ปฏิทิน นาฬิกา วิทยุหรือโทรทัศน์ และหนังสือพิมพ์ เพื่อบอกเวลา และเพิ่มสิ่งกระตุ้นทางการได้ยินและการมองเห็น เป็นต้น

ในทางปฏิบัติ จากประสบการณ์ของผู้ศึกษา ในฐานะพยาบาลประจำการและครูพยาบาล พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ไม่ได้ให้ความสำคัญต่อการเข้าไปพูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นการเพิ่มสิ่งกระตุ้นทางเซนซอรีย์ (Sensory input) และถือเป็นการดูแลทางจิตใจโดยตรง หรือแม้แต่การจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อเพิ่มการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ ก็เป็นปัจจัยสำคัญของสาเหตุความเครียดในผู้ป่วย จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ตามมากอย่างมาก

สำหรับการดูแลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ในปัจจุบันนั้น พยาบาลมิได้คำนึงถึงสิ่งเหล่านี้มากนัก ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ นอกจากจะต้องทนทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายอันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรคและ

---

[1] Roland Levy, " The immobilized patient and his psychologic well being, " Postgraduate Medicine , Vol. 40, No. 1 (July, 1966), 77.

Copyright by Mahidol University

การจำกัดการเคลื่อนไหวอันเนื่องมาจากการรักษาแล้ว ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกยังต้องประสบกับปัญหาต่าง ๆ หลายด้าน ทั้งปัญหาการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ ปัญหาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านอารมณ์และจิตใจ ซึ่งปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือ แก้ไข อย่างถูกต้องเหมาะสมแล้ว จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการรักษาในโรงพยาบาลนานยิ่งขึ้น และยังมีผลให้เกิดผลเสียทางด้านจิตใจ และเศรษฐกิจต่อผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งจะมีผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติในที่สุด ผู้วิจัยจึงต้องการที่จะศึกษาเพื่อเสนอแนะแนวการพยาบาลที่จะสามารถแก้ไขปัญหาการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ และการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกสามารถฟื้นสู่สมรรถภาพและออกจากโรงพยาบาลได้เร็วขึ้น ซึ่งจะเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งยังจะช่วยให้บริการของโรงพยาบาลสามารถหมุนเวียนเตียงสำหรับผู้ป่วยอื่นได้มากขึ้น

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อสำรวจปัจจัยส่งเสริมที่ก่อให้เกิดภาวะการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นผลจากภาวะนี้ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกอย่างมีประสิทธิภาพ

2. เพื่อกำหนดแนวการพยาบาลที่จะนำไปใช้แก้ปัญหาภาวะการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. เพื่อศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่เกิดขึ้นตามลักษณะปัจจัยส่งเสริมที่ก่อให้เกิดการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์และผู้ที่สูญเสียการรับการกระตุ้นทางเซนซอรีย์

Copyright by Mahidol University

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. ภาวะการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ จะแสดงออกในรูปของพฤติกรรมซึ่งสังเกตและสัมภาษณ์ได้

2. ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและสัมภาษณ์ ผู้วิจัยถือว่า ผู้ป่วยได้ให้ข้อมูลที่ตรงกับสภาพความเป็นจริง และเชื่อถือได้

ขอบเขตของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งที่จะศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทางออร์โธปิดิกส์แผนกสามัญทั้งชายและหญิง ในโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลพุทธชินราช ที่ได้รับการรักษาโดยการจำกัดการเคลื่อนไหวของร่างกาย อาจโดยการเข้าเฝือก การดึง ทำผ่าตัดร่วมกับการเข้าเฝือกหรือการดึง ทำผ่าตัดเพื่อยึดตรึงกระดูก (Internal fixation) และเป็นผู้ที่ได้รับการรักษาดังกล่าวข้างต้นอย่างน้อย 7 วัน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

แนวการพยาบาล หมายถึง แนวสำหรับปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันช่วยเหลือ และส่งเสริมสุขภาพ ผู้ป่วยที่ขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์

ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ หมายถึง ผู้ป่วยที่เป็นโรคและ/หรือได้รับบาดเจ็บของกระดูกแขน ขา สันหลัง และโครงสร้างอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว

Copyright by Mahidol University

ภาวะการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ หมายถึง ภาวะของการขาดหรือลดลงของสิ่งกระตุ้นที่ผ่านอวัยวะรับความรู้สึกต่าง ๆ ของ การมองเห็น การได้ยิน การรับรส การได้กลิ่น การสัมผัส และการเคลื่อนไหว ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ที่เป็นผลของภาวะการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ แบ่งออกเป็น 7 ด้าน คือ การเคลื่อนไหว ความรู้สึก การรับรู้ ความรู้สึกสำนึก (conciousness) ความทรงจำ และกาละเทศะ ซึ่งสามารถประเมินได้โดยตรงจากการสังเกตและสัมภาษณ์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้

แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. การศึกษา

เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการปรับปรุงการเรียนการสอนทั้งทางด้านทฤษฎีและการปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. การบริการ

แนวการพยาบาลที่สร้างขึ้น จะเป็นแนวทางในการปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับพยาบาล ในการแก้ไขปัญหาการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ของผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีสภาพอารมณ์ที่ดีและลดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย

Copyright by Mahidol University

3. การบริหาร

เพื่อเป็นแนวปฏิบัติสำหรับผู้บริหารการพยาบาล ในการจัดสิ่งแวดล้อมในตึกผู้ป่วยกระโรคปิดกส์ และกำหนดเป็นนโยบายให้พยาบาลได้ตระหนักถึงปัญหาการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์และนำไปปฏิบัติกันอย่างจริงจังขึ้น

Copyright by Mahidol University

บทที่ 2

เอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเสนอในหัวข้อที่สำคัญ 9 หัวข้อด้วยกัน คือ

1. กระบวนการของการกระตุ้นทางเซนซอรีย์
2. มโนทัศน์ของการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์
3. ทฤษฎีของภาวะการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์
4. ขอบเขตการศึกษาเกี่ยวกับการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์
5. การขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในโรงพยาบาล
6. ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์
7. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นผลของการขาดการกระตุ้นทาง-เซนซอรีย์
8. หลักและวิธีการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการขาดการกระตุ้นทาง-เซนซอรีย์
9. การศึกษาภาวะการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว

สำหรับรายละเอียดในแต่ละหัวข้อ จะได้กล่าวต่อไป

1. กระบวนการของการกระตุ้นทางเซนซอรีย์

มนุษย์เป็นระบบเปิด โดยมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลาตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย มนุษย์เรียนรู้สิ่งแวดล้อมรอบตัวโดยใช้อวัยวะรับความรู้สึก การได้รับสิ่งกระตุ้นผ่านอวัยวะรับความรู้สึกนี้ จะส่งเสริมให้เกิดการเจริญเติบโตและ-

Copyright by Mahidol University

พัฒนาการซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้มนุษย์แต่ละคนแตกต่างกันไป ดังนั้นจะเห็นได้ว่าสิ่งแวดล้อมก็มีอิทธิพลต่อมนุษย์ เมื่อมนุษย์ได้รับการกระตุ้นลดลงจากสิ่งแวดล้อมรอบตัว มีผลให้พฤติกรรมที่แสดงออกมาเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

กระบวนการของการกระตุ้นทางเซนซอรีย์นั้นประกอบด้วย การรับสิ่งกระตุ้นทางเซนซอรีย์ (sensory input) เข้าสู่ระบบ รีเซพเตอร์รับการกระ ตุ้นทางเซนซอรีย์ การรับรู้เข้าใจทางเซนซอรีย์ (sensory - perception) และภาวะดุลยภาพทางเซนซอรีย์ (sensoristasis) ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 สิ่งกระตุ้นทางเซนซอรีย์

ปริมาณและลักษณะของสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดภาวะการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ ครอบคลุมถึง การขาดหรือลดลงของสิ่งกระตุ้น (deprivation) สิ่งกระตุ้นที่เพิ่มขึ้นมากเกินไป (overload) สิ่งกระตุ้นที่เปลี่ยนแปลงไป (distortion) และสิ่งกระตุ้นที่ซ้ำซากจำเจ (monotony) ดังแสดงในแผนภูมิ 1

แผนภูมิ 1 แสดงสิ่งกระตุ้นทางเซนซอรีย์ ที่ขาดหายไปหรือลดลง เพิ่มขึ้นมากเกินไป เปลี่ยนแปลง และซ้ำซากจำเจ

Copyright by Mahidol University

ตัวอย่างสิ่งกระตุ้นทางเซนซอรีย์ที่เกิดขึ้นมีดังนี้

สิ่งกระตุ้นที่ขาดหรือลดลง เช่น ตาบอด ปิดตาทั้งสองข้าง หูหนวก ถูกแยกจากจากบุคคลอื่น (Isolation) และการดึง (Traction)

สิ่งกระตุ้นที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ตาข้างซ้าง หูตึง เสียงที่แปลก-ในโรงพยาบาล

สิ่งกระตุ้นที่เพิ่มขึ้นมากเกินไป เช่น วันแรกที่เข้ารับการรักษาใน-โรงพยาบาล และหน่วยที่ให้การดูแลเฉพาะโรค

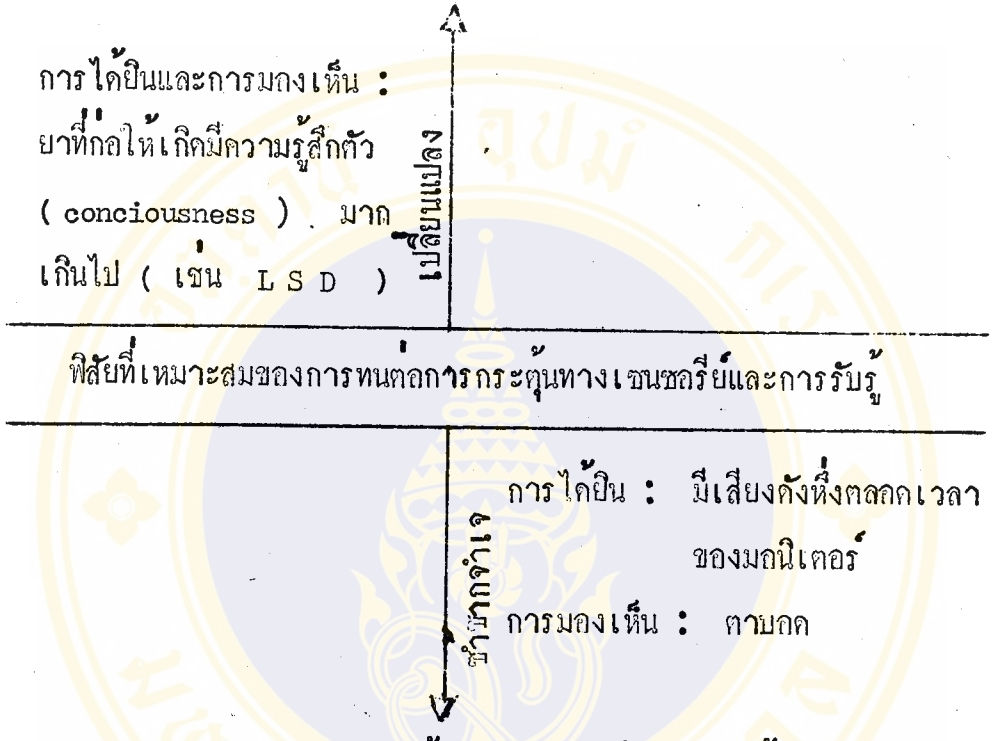
สิ่งกระตุ้นที่ซ้ำซากจำเจ เช่น อยู่ห้าเดียวกันตลอดเวลา ปิดตา-ข้างเดียว และใส่เครื่องช่วยหายใจ (respirator)[1]

ภาวะการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์นั้น การเปลี่ยนแปลงของ-สิ่งกระตุ้นทางเซนซอรีย์ ต้องนำมาเปรียบเทียบกับนิสัยที่เหมาะสมของการทนต่อ-การกระตุ้นทางเซนซอรีย์และการรับรู้ (optimal range of sensory - perceptual tolerance) สิ่งกระตุ้นทางเซนซอรีย์ที่ต่ำและสูงกว่าพิสัย-ที่เหมาะสมของการทนต่อการกระตุ้นทางเซนซอรีย์และการรับรู้ เรียกว่า ความ-

[1] Jeanine R. Dunn, " Regulation of the Senses, " Introduction to Nursing : An Adaptation Model, ed. by Sister Callista Roy (New Jersey : Prentice - Hall Ine., 1976), p. 142.

Copyright by Mahidol University

ช้ำซากจำเจ และการเปลี่ยนแปลงไป ตามลำดับ กาจกล่าวได้ว่า การขาด-การกระตุ้นทางเซนซอรีย์ หมายถึง การกระตุ้นทางเซนซอรีย์ที่ลดลงจากสถาน-การณ์เดิม



แผนภูมิ 2 การขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์และการรับรู้ (sensory - perceptual deprivation) มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผน-สิ่งกระตุ้นทางเซนซอรีย์ ซึ่งอาจก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและ-ช้ำซากจำเจ[1]

---

[1] Mariann Lavacca, " Sensory Overload and Sensory Deprivation, " Medical - Surgical Nursing : concept and clinical practice, ed. by Wilma J. Phipps, Barbara C. Long, and Nancy Fugate Woods (Saint Louis : The C.V. Mosby Company, 1979), p. 493.

Copyright by Mahidol University

LIBRARY DIVISION

1.2 รีเซฟเตอร์รับการกระตุ้นทางเซนซอรีย์

รีเซฟเตอร์รับการกระตุ้นทางเซนซอรีย์เป็นตัวจัดให้มีสิ่งกระตุ้นเข้ามาในระบบโดยผ่านทางอวัยวะรับความรู้สึก คือ ตา หู จมูก ผิวหนัง ลิ้น กล้ามเนื้อ และอวัยวะภายใน ซึ่งทำให้มนุษย์รับรู้สิ่งแวดล้อมและดำรงชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

ชนิดการรับความรู้สึก แบ่งได้กว้าง ๆ ตามแหล่งกำเนิดภายในหรือภายนอกร่างกาย

แหล่งภายในของสิ่งกระตุ้น คือ การเคลื่อนไหว และการรับรู้ภายใน การรับการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ภายในร่างกายนี้ เป็นการจัดให้มีข้อมูลเกี่ยวกับตำแหน่งของร่างกายที่สัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ตลอดจนข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกเจ็บปวด และกลไกการควบคุมสิ่งแวดล้อมภายในของร่างกาย

แหล่งภายนอกของสิ่งกระตุ้น คือ การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับสัมผัส และการรับรส

แหล่งของการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ทั้งภายในและภายนอกร่างกายนี้จะรับข้อมูลทั้งหมดไปยังสมอง ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงจำนวนของสิ่งกระตุ้นทางเซนซอรีย์ที่ส่งผ่านแหล่งกระตุ้นทางเซนซอรีย์ไปยังสมอง มนุษย์ต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงนี้

Copyright by Mahidol University

แผนภูมิ 3 แหล่งและหน้าที่สิ่งกระตุ้นทางเซนซอรีย์ อวัยวะรับความรู้สึกและชนิดของการรับความรู้สึก[1]

แหล่งและหน้าที่ของสิ่ง-กระตุ้นทางเซนซอรีย์	อวัยวะรับความรู้สึก	ชนิดการรับความรู้สึก
ภายใน : รับการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมภายใน	กล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อประสาทที่รับรู้การ-เคลื่อนไหว	การเคลื่อนไหว
	อวัยวะที่กลวง (Hollow organs)	การรับรู้ภายใน
ภายนอก :รับการกระตุ้นจากสิ่งแวด-ล้อมภายนอก	ตา	การมองเห็น
	หู	การได้ยิน
	จมูก	การได้กลิ่น
	ผิวกาย	การรับสัมผัส
	ลิ้น	การรับรส

[1] Ibid., p. 492.

Copyright by Mahidol University

1.3 การรับรู้เข้าใจทางเซนซอรีย์

มนุษย์จะหันเหตนเองไปตามสิ่งแวดล้อมรอบตัว เพื่อให้ได้รับรู้และจัดการกับสิ่งกระตุ้นนั้น มีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้เข้าใจ คือ สิ่งกระตุ้น รีเซพเตอร์รับการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ วิถีประสาทและการแปลความหมายของสิ่งกระตุ้นทางเซนซอรีย์ของสมอง

ภาวะการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์นั้น เกิดขึ้นเนื่องจากมีปริมาณหรือความเข้มของสิ่งกระตุ้นลดน้อยลงหรือขาดหายไป และมีผลต่อการรับความรู้สึก พบว่าบริเวณสมองส่วน R A S (Reticular Activating - System) มีบทบาทในการรวบรวมรับสิ่งกระตุ้นทางเซนซอรีย์ โดยสามารถถูกกระตุ้นจาก 2 แหล่งที่สำคัญ คือ กระแสประสาท (impulse) จากบริเวณเปลือกสมอง (cortex) และการกระตุ้นจาก การมองเห็น การได้ยิน การดมกลิ่น การรับสัมผัส และแหล่งรับความรู้สึกของอวัยวะภายใน RAS นี้ยังมีหน้าที่ควบคุมการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง และเลือกให้ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม RAS ทำหน้าที่ในการรับรู้สัญญาณต่าง ๆ ที่นำเข้าและนำออกไปจากระบบมนุษย์[1]

เชื่อกันว่า RAS เป็นตัวเชื่อมระหว่าง สมองบริเวณ - ทาลามัส (Thalamus) และ ไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ทำหน้าที่เก็บสะสมและรวบรวมสิ่งกระตุ้น การรับรู้จะเกิดขึ้นเมื่อเปลือกสมองรับการกระตุ้นแล้วจึงถอดรหัสและแปลความหมาย การรับรู้ทำให้มนุษย์รับทราบความเป็นจริง ซึ่งเป็นหลักในการตัดสินว่าจะต้องมีการปรับตัวอย่างไร เช่น ถ้าสมองแปลความหมายว่า สิ่งกระตุ้นทางหูนั้นดังก็กลัว บุคคลนั้นก็เริ่มรู้-

---

[1] Ibid., 491.

Copyright by Mahidol University

ตัวว่า เขาไม่สบาย และปรับตัวโดยใช้มือปิดหูทั้งสองข้าง หรือออกไปสู่สิ่งแวดล้อมที่สงบเงียบกว่า ถ้าสมองแปลความว่าสิ่งกระตุ้นทางหูนั้นเป็นสิ่งที่น่ายินดี บุคคลนั้นก็รับทราบถึงความรู้สึกนี้และยังคงอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่น่ายินดีนั้น

1.4 ภาวะคงตัวทางเซนซอรีย์

ชูลต์ (Schultz) กล่าวว่า " ภาวะคงตัวทางเซนซอรีย์ เป็นการรับการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ในช่วงที่คงที่ เพื่อให้มีการกระตุ้นเปลือกสมองอยู่ในระดับที่พอเหมาะ ภาวะคงตัวทางเซนซอรีย์นี้ คล้ายกับโอมีโอสเตสิส (Homeostasis) เพื่อดำรงความสมดุลภายในของมนุษย์ ซึ่งความต้องการสิ่งกระตุ้นทางเซนซอรีย์ของแต่ละบุคคลแตกต่างกันไป การรับการกระตุ้นนี้จะมี RAS เป็นตัวกลางของการนำเข้าและนำออก "[1] อย่างไรก็ตามความสมดุลนี้จะถูกรบกวนเมื่อมีการกระตุ้นมากหรือน้อยเกินไป ตัวอย่างเช่น ถ้ามนุษย์ได้รับการกระตุ้นในระดับที่ต่ำกว่าปกติ มนุษย์จะปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและแสวงหาสิ่งกระตุ้นเพิ่มขึ้น ถ้าการกระตุ้นมากกว่าระดับปกติ มนุษย์จะปรับตัวเพื่อลดการกระตุ้นนั้น มิเชลส์ -

---

[1] Duane Schultz, Sensory Restriction : Effects on Behavior (New York : Academic Press, 1965), p.30.

Copyright by Mahidol University

(Mitchell) กล่าวว่า " ถ้าการกระตุ้นลดลงไปจากระดับที่พอเหมาะ ปรากฏว่าจะมีผลต่อพัฒนาการ การตอบสนอง และการรับรู้เข้าใจในเด็กที่กำลังเจริญเติบโต ตัวอย่างเช่น การเลี้ยงดูเด็กในสิ่งแวดล้อมที่ถูกจำกัด เด็กจะแสดงพฤติกรรมการรับรู้เข้าใจและพฤติกรรมทางสังคมผิดปกติไป เมื่อเด็กนั้นมาอยู่ในสถานการณ์ปกติ " [1]

ซูลต์ได้กล่าวถึงโมเดล (Model) ของภาวะคงตัวทางเซนซอรีย์ไว้ 4 โมเดลใหญ่ ๆ คือ

1. แรงขับหรือความต้องการในมโนทัศน์ภาวะคงตัวทางเซนซอรีย์ คือ ความสมดุลย์ของการกระตุ้นโดยมี R A S เป็นตัวกลาง

2. ช่วงเหมาะสมของการกระตุ้นจากภายนอกมีอิทธิพลต่อการกระตุ้นเปลือกสมอง ถ้ามีการกระตุ้นที่เหมาะสมมนุษย์จะปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมได้ แต่ถ้าการกระตุ้นเปลี่ยนแปลงไป มนุษย์จะปรับตัวได้อย่างยากลำบาก

3. มนุษย์จะปฏิบัติตัวเพื่อจะดำรงไว้ซึ่งระดับการกระตุ้นที่เหมาะสม

4. ช่วงที่เหมาะสมของการกระตุ้นทางเซนซอรีย์นี้เปลี่ยนแปลงได้ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง คือ งานที่ต้องกระทำ ภาวะของบุคคลขณะนั้น และระดับก่อนการกระตุ้น ดังนั้นบุคคลจึงมีความต้องการสิ่งกระตุ้นทางเซนซอรีย์ที่แตกต่างกัน และแม้ในบุคคลเดียวกันระยะเวลาที่ใช้ในการกระตุ้นแต่ละครั้งก็ไม่เท่ากัน [2]

ส่วนมากมีความเห็นสอดคล้องกันโดยทั่วไปว่า มนุษย์ต้องดำรงระดับการกระตุ้นที่เหมาะสมไว้ เพื่อให้มีการรับรู้และปรับตัวตามปกติ อย่างไรก็ตามยังไม่เป็น-

---

[1] Pamela Helsolaw Mitchell, Concepts Basic to Nursing, (New York : McGraw Hill, 1973), p. 198.

[2] Lavacca, Op. cit., p. 492.

Copyright by Mahidol University

ที่ทราบอย่างแน่นอนว่า การกระตุ้นทางเซนซอรี่ย์ตามปกติและเหมาะสมมีขอบเขตอย่างไร เพราะในกลุ่มตัวอย่างแต่ละบุคคลก็มีความแตกต่างกัน

2. นิโนทัศน์การขาดการกระตุ้นทางเซนซอรี่ย์

ภาวะการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรี่ย์ มีคำที่ใช้ 25 คำด้วยกัน คือ[1]

1. Sensory Deprivation
2. Perceptual Deprivation
3. Social Deprivation
4. Stimulus Deprivation
5. Sensory Isolation
6. Perceptual Isolation
7. Social Isolation
8. Stimulus Isolation
9. Sensory Limitation
10. Sensory Limitation
11. Sensory Reduction
12. Stimulus Reduction
13. Environmental Stimulus Reduction
14. Decrease in Sensory Variation
15. Restricted Stimulation
16. Controlled Sensory Input

---

[1]Charles A. Brownfield, Isolation (New York : - Random House, 1965), p.126 - 7

Copyright by Mahidol University

17. Reduced Sensory Stimulation
18. Reduced Sensory Input
19. Sensory Alteration
20. "Ganzfeld"
21. Homogeneous Stimulation
22. Solitude
23. Confinement
24. Isolation
25. Invariant Input

ในที่นี้จะกล่าวถึงคำที่ใช้เสมอ ๆ คือ

2.1 ภาวะการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรี่ย์ (Sensory Deprivation) ในปัจจุบันได้ยอมรับกันโดยทั่วไปแล้วว่า "การขาดการกระตุ้น - ทางเซนซอรี่ย์" หรือ "การรับรู้เข้าใจ (Perceptual deprivation)" หมายถึง "ไม่มีการกระตุ้น หรือ การกระตุ้นลดลงจากภาวะก่อนหน้านั้นเอง"[1] การขาดการกระตุ้น ก็คือ การเอาสิ่งกระตุ้นบางอย่างออกไป และบุคคลนั้นยังคงได้-รับการกระตุ้นลดลงจากภาวะก่อนหน้านั้น การขาดการกระตุ้นทางเซนซอรี่ย์ สามารถอธิบายได้ว่า เป็นสถานการณ์ซึ่งมีการขัดขวางหรือเปลี่ยนแปลงไปของสิ่งกระตุ้นจาก - สิ่งแวดล้อม การรับความคิด (reception) หรือการรับรู้เข้าใจ[2] การขาดการ-

---

[1] C. Wesley Jackson, and Rosemary Ellis, "Sensory - Deprivation as a Field of Study," Nursing Research, Vol.20, No. 1 (January - February, 1971), 46.

[2] Chodil, and Williams, Op.cit., p. 454 - 5

Copyright by Mahidol University

กระตุ้นทางเซนซอรีย์จะเกิดขึ้น เมื่อจำนวนหรือความเข้มของการกระตุ้นลดลงอย่างมาก ซึ่งอาจเกิดจาก การขาดสิ่งกระตุ้น สิ่งกระตุ้นที่ซ้ำซากจำเจ หรืออวัยวะรับความรู้สึกสูญเสียหน้าที่ไป เช่น สูญเสียการมองเห็น การได้ยิน การรับรส การได้กลิ่น การสัมผัส หรือการเคลื่อนไหว เป็นต้น [1]

2.2 การขาดการรับรู้เข้าใจ (perceptual deprivation)

การขาดการรับรู้เข้าใจนี้ เนื่องจากแบบแผนหรือความหมายของสิ่งกระตุ้นที่ได้รับนั้นลดลงหรือเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งอาจเป็นผลจากสิ่งกระตุ้นที่แปลกใหม่ สิ่งกระตุ้นที่คุ้นเคยนั้นผิดรูปแบบไป หรือสมองไม่สามารถแปลความหมายของสิ่งกระตุ้นที่ได้รับ และมักพบเสมอ ๆ ที่คำนิยามของการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ และการขาดการรับรู้เข้าใจนั้นนำมารวมกัน และใช้คำว่า " การขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ " เพื่อรวมสถานการณ์ทั้งสองข้างต้น [2]

อย่างไรก็ตาม อาจสรุปความหมายของคำนี้ตามที่นักวิจัยเคยใช้มี 5 ความหมาย คือ

1. หมายถึง การขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์อย่างสมบูรณ์ สถานการณ์ที่นักวิจัยใช้ในความหมายนี้ คือ ความเงียบ และความมืด

2. หมายถึง สิ่งกระตุ้นที่มีความหมายลดลง แต่อาจมีสิ่งกระตุ้นที่ไม่มีความหมายอย่างอื่นเพิ่มขึ้น สถานการณ์ที่นักวิจัยใช้ในความหมายนี้ คือ ห้องที่มีแสงสลัว ๆ เป็นการลดสิ่งกระตุ้นที่มีความหมายทางสายตา การผูกแขนติดกับไม้กระดานเพื่อไม่ให้สามารถใช้มือสัมผัสกับสิ่งกระตุ้นที่ต้องการ เป็นการลดสิ่งกระตุ้นที่มีความหมายทางการสัมผัสแต่เป็นการเพิ่มสิ่งกระตุ้นที่ไม่มีความหมายขึ้น นั่นคือ ไม่ -

---

[1] Morgan, Op.cit., p. 70

[2] Ibid.

Copyright by Mahidol University

กระดานที่ผูกติดอยู่กับแขนจะกระตุ้นให้รู้สึกรำคาญอยู่ตลอดเวลา หรือในบางราย-นักวิจัยใช้หมอนเล็ก ๆ ปิดหูทั้งสองข้าง เพื่อลดสิ่งกระตุ้นทางการได้ยิน เป็นต้น

3. หมายถึง การแยกออกจากสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย-สถานการณ์ดังกล่าว เช่น นักโทษในเรือนจำ นักอวกาศขณะอยู่บนอวกาศ - นักเดินทางข้ามมหาสมุทรคนเดียว เป็นต้น

4. หมายถึง การจำกัดการเคลื่อนไหว สถานการณ์-ที่นักวิจัยใช้ในการศึกษา ก็อ การรักษาที่ห้ามการเคลื่อนไหว เช่น การเข้า-เฝือกส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย การให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง เป็นต้น

5. หมายถึง ภาวะที่บุคคลได้รับสิ่งกระตุ้นที่สูงกว่า-ปกติ เช่น สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยในตึกผู้ป่วยหนัก (I.C.U.) และห้อง - ฉุกเฉิน เป็นต้น ซึ่งสถานการณ์เหล่านี้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่นเดียวกับการลดสิ่งกระตุ้น [1]

อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า การขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มขึ้นลดลงของสิ่งกระตุ้น ทั้งในปริมาณและ-รูปแบบ (pattern) อันมีผลทำให้ R.A.S. ขาดคุณภาพ และมีผลทำให้-พฤติกรรมที่แสดงออกมาของบุคคลเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ

3. ทฤษฎีของภาวะการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์

ทฤษฎีที่ใช้กันส่วนมากและแพร่หลาย ในการอธิบายปรากฏการณ์

---

[1] Judith Deignan Worrell, " Nursing Implications in the Care of the Patient Experiencing Sensory Deprivation, " Advanced Concepts in Clinical Nursing, ed. by Kay Corman Kintzel (2d ed.; Philadelphia : J.B.Lippincott Company, 1977), p. 619 - 20.

Copyright by Mahidol University

ของการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ คือ ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological-Theories) ทฤษฎีทางสรีรวิทยา (Psysiological Theories) และทฤษฎีระดับที่เหมาะสมของการกระตุ้น (An optimal level of - stimulation theory)

3.1 ทฤษฎีทางจิตวิทยา

ฟรอยด์ (Freud) ได้ให้เหตุผลทางจิตวิทยาไว้ว่า "มันเป็นสิ่งที่น่าสนใจในการที่จะทำนายว่า อะไรจะเกิดขึ้นกับมนุษย์ ถ้าสิ่ง-กระตุ้นจากภายนอกลดลงอย่างมากหรือชำชากจำเจ อาจทำให้มีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทางจิตของมนุษย์โดยไม่รู้ตัว ซึ่งผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้ขึ้น-อยู่กับระยะเวลา?" การให้เหตุผลของฟรอยด์นี้ เป็นการมองที่เป็นไปตาม - สัญชาตญาณ ถ้ามนุษย์อยู่ในสถานการณ์ที่มีการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ ก็-จะมีการเก็บกดกระบวนการทุติยภูมิของอีโก้ (the ego's secondary - process) ซึ่งกระบวนการทุติยภูมินี้ เป็นการรับรู้เข้าใจความเป็นจริง มีการจัดการและคิดอย่างมีเหตุผล เมื่อกระบวนการทุติยภูมิถูกเก็บกดก็จะทำให้-กระบวนการปฐมภูมิของอีโก้ (primary process) ปรากฏออกมาในรูปแบบของความปราศจากเหตุผล (irrationality) การถดถอย สับสนมึนงง ไม่รู้ตัวกาละเทศะ เพ้อฝัน ประสาทหลอน ตอบสนองทางอารมณ์ในรูปแบบ-ดั้งเดิม (primitive emotional responses)[1]

---

[1]Philip Solomon, and Susan T.Kleeman, "Sensory Deprivation," Comprehensive Textbook of Psychiatry Volume I, ed. by Harold L. Kaplan Alfred M. Freedman, and Benjamin J. Sadock (3 d.ed.; London : Williams & Wilkins Company, 1980), p. 603.

Copyright by Mahidol University

3.2 ทฤษฎีทางสรีรวิทยา

เหตุผลทางสรีรวิทยา กล่าวว่า มนุษย์จะคงไว้ซึ่งการรับรู้ที่เหมาะสมได้นั้นขึ้นอยู่กับการเตรียมพร้อม (alertness) ต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งกระตุ้นจากภายนอกผ่าน RAS ในก้านสมอง (brain stem) ถ้ามีการขาดหรือเปลี่ยนแปลงรูปแบบหรือชำชากจำเจในการกระตุ้น ดังเช่นที่เกิดขึ้นในการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ สิ่งเหล่านี้ทำให้การเตรียมพร้อมของมนุษย์สูญเสียไป และมนุษย์จะปรับตัวเองให้สมดุลย์โดยการเพิ่มกระแสประสาทจากภายในร่างกายและระบบประสาทส่วนกลางให้เด่นชัดขึ้น ตัวอย่างเช่น มีลักษณะของประสาทหลอน กล่าวคือ เห็นภาพหลอน มีเสียงดังในหู และแปลภาพผิดเป็นต้น[1]

3.3 ทฤษฎีระดับที่เหมาะสมของการกระตุ้น

ในปีคริสศักราช 1969 ซักเกอร์แมน (Zuckerman) ได้เสนอมโนทัศน์ระดับที่เหมาะสมของการกระตุ้น (O.L.S.) ซึ่งมีประโยชน์มากในทัศนะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นผลจากการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ จึงเป็นแนวทางในการเข้าใจปฏิกริยาของมนุษย์ต่อสิ่งแวดล้อมที่มีการกระตุ้นมากหรือน้อยเกินไป

มโนทัศน์นี้ สามารถนำไปใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นผลของการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ในทางคลีนิค ดังต่อไปนี้

1. เมื่ออายุมากขึ้น ระดับที่เหมาะสมของการกระตุ้นและระดับของการกระตุ้นที่ต้องการเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นเมื่อบุคคลสูงอายุอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ จะมีปฏิกริยาต่อการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์มากกว่าบุคคลที่อายุน้อยกว่า

---

[1] Ibid.

Copyright by Mahidol University

2. ถ้าการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์เกิดขึ้นเป็นระยะ-เวลายาวนาน ทำให้มีการลดกิจกรรมของเปลือกสมองและเพิ่มกิจกรรมของประสาทอัตโนมัติ จากสิ่งนี้ ทำให้คาดหวังว่า พฤติกรรมที่อาจเกิดขึ้นมีดังนี้

2.1 มีอารมณ์ซึมเศร้า

2.2 ความสามารถในการทำกิจกรรมด้วยตนเองลดลง คือ ต้องพึ่งพาผู้อื่น

2.3 สูญเสียการควบคุมทางด้านความคิด คือ สับสน มึนงง แปลการกระตุ้นทางการสัมผัสและการเคลื่อนไหวผิดไป คือ มีประสาทหลอน หลงผิด เป็นกังวลเกี่ยวกับความเจ็บปวดและความไม่สะดวกสบาย[1]

ระดับที่เหมาะสมของการกระตุ้นนี้จะเปลี่ยนแปลงไปตามปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นปัจจัยองค์ประกอบ เช่น อายุ ประสบการณ์การเรียนรู้ ระดับการกระตุ้นครั้งล่าสุด เป็นต้น

4. ขอบเขตการศึกษาเกี่ยวกับการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์

จากวรรณคดีที่เกี่ยวข้องกับการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ได้ศึกษาไว้ 6 ชนิด ดังนี้ :-

1. การศึกษาในสัตว์ทดลอง

ได้มีการศึกษาในสัตว์ทดลองไว้มากมาย ตัวอย่างเช่น การใช้ยาสลบของวิธีการผ่าตัด การคุมขังลิงและสุนัขไว้ในที่คุมขังซึ่งควบคุม -

---

[1]Marvin Zuckerman, " Theoretical Formulations : I," Sensory Deprivation : Fifteen Years of Research, ed. by J.P. Zubek (New York : Appleton - Century - Crofts, 1969), p.407.

Copyright by Mahidol University

สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย LIBRARY DIVISION

เกี่ยวกับแสงและเสียง ซึ่งสถานการณ์เหล่านี้เป็นการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ และเป็นตัวอย่างที่ดีของการแยกจากสังคมและการจำกัดการเคลื่อนไหว

2. การขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ในเด็ก (sensory deficits- in children)

การศึกษาในเด็กที่มีความผิดปกติของการรับการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ในระยะแรกเริ่มของชีวิตหรือตั้งแต่กำเนิด ซึ่งมีความผิดปกติของการมองเห็นหรือของการได้ยินที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานนั้น มีผลที่สำคัญมากต่อการศึกษาและพัฒนาการทางสังคมของเด็ก

3. การสูญเสียการรับการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ในผู้ใหญ่ (sensory - impairment in adults)

การศึกษากลุ่มนี้ ได้กระทำการศึกษาในบุคคลที่มีการสูญเสียการรับ-การกระตุ้นความรู้สึกที่เกิดขึ้นหลังพัฒนาการ และมีประสบการณ์ของการรับความรู้สึกปกติ ดังนั้นการศึกษาจึงเน้นถึงการช่วยเหลือบุคคลเหล่านี้ในการจัดการกับปัญหาชีวิตประจำวัน การฝึกฝนอาชีพใหม่ และการหาทัศนคติหรือปฏิกริยาของชุมชนต่อบุคคลที่มีความบกพร่องของการรับการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ เป็นต้น

4. การเปลี่ยนแปลงการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ในบุคคลปกติ - (change in sensory stimulation in healthy person)

บุคคลที่มีหน้าที่ของการรับความรู้สึกปกติ และต้องเข้าไปอยู่ใน - สิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ตัวอย่างเช่น กลาสีที่เรือแตก นักเดินทางข้ามมหาสมุทรคนเดียว บุคคลที่ต้องอยู่ในบ่อแร่เป็นระยะเวลานาน และคนขับรถบรรทุกระยะยาวและเกิดอุบัติเหตุโดยไม่ทราบเหตุผล อย่างไรก็ตามได้มีการศึกษาของบุคคล - กลุ่มนี้เพิ่มขึ้น คือ การศึกษาในนักโทษ พวกลูกเรือของเรือดำน้ำ และการศึกษา - บุคคลอื่น ๆ ภายใต้ภาวะที่เป็นการแยกกักกันจากสังคม การจำกัดการเคลื่อนไหว และการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญอื่น ๆ ของกิจกรรมปกติ

Copyright by Mahidol University

5. การเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรง - พยาบาล (change in situation in hospitalized patients)

ผู้ป่วยที่อยู่รับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อผ่าตัดเอาต้อกระจกออก หลังผ่าตัดตาอาจต้องมีผ้าปิดตาข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง และมีการจำกัดการเคลื่อนไหว ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีการขาดการกระตุ้นความรู้สึกทางการมองเห็นและการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการของการแยกจากสังคม ซึ่งขึ้นอยู่กับห้องที่อยู่และจำนวนครั้งของ- การเยี่ยมจากเพื่อนฝูงและญาติ เป็นต้น

วรรณคดีที่เกี่ยวข้องกับภาวะการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ของ- ผู้ป่วยในโรงพยาบาล ในระยะแรกได้ศึกษาจาก การรายงานผู้ป่วย (case - reports) หรือการสำรวจจากแผ่นการรักษาหรือบันทึกของโรงพยาบาล ต่อมาจึงมีการ- ศึกษาที่เป็นระบบมากขึ้น เช่น ที่นำมาใช้ในผู้ป่วยผ่าตัดตา โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยก่อน - และหลังผ่าตัด แบบสอบถามและการทดสอบทางจิตวิทยา การสังเกตผู้ป่วยโดยตรง การ- การวัดทางสรีรวิทยา รายงานและการบันทึกของโรงพยาบาล และจากการสัมภาษณ์ - เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

6. การตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการ (laboratory - investigation)

สถานการณ์ทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งได้ใช้เพื่อให้มีการขาดการกระตุ้น- ทางเซนซอรีย์ในระยะแรกเริ่มนั้น ได้ให้กลุ่มตัวอย่างลงไปในแท้งค์น้ำและสวมเครื่องช่วย- หายใจด้วย เทคนิคนี้ได้ใช้โดย ลิลลี่ (Lilly) ในระยะเริ่มแรก และปัจจุบัน - เชอร์เล่ย์ (Shurley) ได้นำเทคนิคนี้มาใช้ แต่ผู้ตรวจสอบอื่น ๆ ไม่ได้ใช้วิธีนี้ เพราะเป็นการยากลำบากในการที่จะกล่าวว่า แท้งค์น้ำนั้นเป็นสถานการณ์ที่มีการขาดการ กระตุ้นทางเซนซอรีย์ได้ ดังนั้นผู้ตรวจสอบส่วนมากได้ใช้ห้องในการแยกกักกัน โดยมี- การวางแผนในการออกแบบห้องอย่างระมัดระวัง เพื่อให้สามารถแยกกักกันได้อย่างแท้จริง

กลุ่มตัวอย่างที่ถูกทดลองในห้องปฏิบัติการ จะมีการเปลี่ยนแปลงต่อ- การขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์หลายทาง กล่าวคือ บางรายมีความกระตือลือล้นใน- การค้นหาพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป กลุ่มตัวอย่างบางรายพบว่า เขามีความวิตกกังวล-

Copyright by Mahidol University

ในระยะแรกแต่สามารถปรับตัวได้ในระยะต่อมา และพบว่าซ้ำซากจำเจและน่าเบื่อหน่าย ส่วนกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ ยังคงมีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น กลุ่มตัวอย่างบางรายพบว่าการทดลองไม่เป็นที่น่ายินดี ดังนั้นเขาจึงออกจากการทดลองก่อนที่การทดลองทางห้องปฏิบัติการจะสิ้นสุดลง[1]

5. การขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในโรงพยาบาล

การขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในโรงพยาบาล - สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่อวัยวะรับความรู้สึกถูกกระทบกระเทือน

เมื่ออวัยวะรับความรู้สึกถูกกระทบกระเทือน ทำให้สิ่งกระตุ้นไม่ - สามารถผ่านอวัยวะรับความรู้สึกไปแปลความหมายในสมองได้ เช่น ผู้ป่วยตาบอด ขาดสิ่งกระตุ้นทางการมองเห็นภาพต่าง ๆ คนหูหนวกทำให้ขาดสิ่งกระตุ้นทางการได้ยิน - ผู้ป่วยที่ต้องเข้าเฝือกทำให้การกระตุ้นความรู้สึกของผิวหนังลดลง ปัญหาการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์มักพบเสมอในผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดตา ซึ่งพฤติกรรมที่แสดงออกผิดไปจากปกติ - จากการวิจัยพบว่าพฤติกรรมที่ผิดปกตินั้นอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยถูกปิดตาข้างเดียวหรือทั้ง - สองข้าง และระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล เป็นการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ส่วนมากจะปรากฏในวันที่สองหลังผ่าตัด และอาจเป็นอยู่หลายวัน พบมาก 30 ถึง 90 เปอร์เซนต์ และผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นเมื่อเอาผ้าปิดตาออก

2. กลุ่มที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว

การจำกัดการเคลื่อนไหวนี้ อาจเนื่องจากการรักษาของแพทย์ หรือเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถขยับเขยื้อนเองได้ เช่น ผู้ป่วยที่ต้องนอนพักบนเตียง ผู้ป่วยที่

---

[1] Jackson, and Ellis, Op. cit., p. 47 - 9

Copyright by Mahidol University

ประสาทไขสันหลังได้รับอันตราย ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเพราะปวดแผล หรือเพราะมีเครื่องมือทางการแพทย์ต่าง ๆ ติดอยู่กับผู้ป่วย เช่น สายสวนปัสสาวะ - สายน้ำเกลือ เป็นต้น การจำกัดกิจกรรมการเคลื่อนไหวและการให้ผู้ป่วยนอนพักอยู่บนเตียงเป็นเวลานาน ๆ ทำให้ความคิดหมกมุ่นอยู่แต่เฉพาะความเจ็บป่วยและความหลัง ทำให้กำลังใจที่ต่อสู้กับโรคภัยไข้เจ็บลดถอยลง ความอยากอาหารลดน้อยลง และอารมณ์ก็ขุ่นมัวยิ่งทำให้ความเจ็บป่วยทางกายเพิ่มมากขึ้น

3. กลุ่มที่ถูกแยกออกจากสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย

ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่เป็นโรคติดต่อ ถูกแยกจากสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันโรคแพร่กระจายไปยังบุคคลอื่น ผู้ป่วยที่ติดโรคง่ายต้องถูกแยก เพื่อป้องกันการติดโรคจากผู้อื่น เช่น ผู้ป่วยถูกไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ผู้ป่วยที่มีเม็ดโลหิตขาวต่ำ - เป็นต้น ผู้ป่วยเหล่านี้มักจะต้องอยู่ห้องแยกคนเดียว เจ้าหน้าที่ แพทย์ พยาบาล และญาติจะต้องถอดรองเท้าและผูกผ้าปิดปากและจมูก (mask) เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากบุคคลอื่น ๆ ยิ่งทำให้ผู้ป่วยขาดการเรียนรู้ ซึ่งเป็นองค์ประกอบอย่างหนึ่งที่ก่อให้เกิดการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรี่ [1]

6. ปัจจัยส่งเสริมการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรี่

ในการประเมินสถานการณ์ที่มีการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรี่นั้น - พยาบาลต้องประเมินตัวแปรทั้งทางด้านบุคคลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งทั้งสองตัวแปรนี้เป็นจำนวนทั้งหมดของการกระตุ้นทางเซนซอรี่ [2] และข้อมูลเหล่านี้สามารถรวบรวมได้จากการสังเกตและสัมภาษณ์

---

[1] Worrell, Op. cit., p. 623 - 30

[2] Lavacca, Op. cit., p. 495

Copyright by Mahidol University

ข้อสำคัญ คือ สถานการณ์เหล่านี้ไม่ได้รับการพิสูจน์ว่า เป็นปัจจัยสาเหตุของการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรี่ย์ แต่อย่างไรก็ตาม สิ่งเหล่านี้ก็จะเป็นการให้จุดเริ่มแก่พยาบาลในการที่จะทราบและให้การดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์เหล่านี้ [1]

6:1 ปัจจัยทางบุคคล

ปัจจัยทางบุคคลที่ต้องนำมาพิจารณา คือ

1. สภาวะของการรับการกระตุ้นความรู้สึกต่าง ๆ เช่น การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับสัมผัส เพื่อจะได้ทราบว่า ผู้ป่วยมีหน้าที่ของการรับการกระตุ้นความรู้สึกชนิดต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้นปกติหรือไม่

2. สภาวะทางระบบประสาท (neurologic status) ต้องดูระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย มีความผิดปกติของระบบประสาทอื่นใดที่มีผลต่อการรับการกระตุ้นทางเซนซอรี่ยหรือไม่ เช่น ประสาทไขสันหลังได้รับอันตราย ภาวะสโต๊รค (stroke conditions) เป็นต้น

3. สภาวะการเคลื่อนไหว (motor status) ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเองหรือไม่ มีการเปลี่ยนแปลงเนื่องมาจากความเจ็บป่วยหรือไม่ เช่น อัมพาต ใส่เฝือกหรือไม่สามารถเคลื่อนไหวได้

4. สภาวะความคิด (cognitive status) ผู้ป่วยสามารถรับรู้และมีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสมหรือไม่ ผู้ป่วยสามารถเขียนหรืออ่านตามได้หรือไม่

5. สภาวะการติดต่อสื่อสาร (communication status) ผู้ป่วยมีความสามารถในการติดต่อสื่อสารได้ตามปกติหรือไม่ เขาสามารถเข้าใจและเริ่มต้นการสนทนาได้หรือไม่ เขาสามารถตอบสนองต่อการติดต่อสื่อสารที่เป็นลายลักษณ์อักษรได้หรือไม่ มีการสูญเสีย อวัยวะในการพูดหรือวิถีประสาทที่จำเป็นสำหรับการติดต่อสื่อสารหรือไม่

---

[1] Morgan, Op. cit., p. 72

Copyright by Mahidol University

6. อายุและระดับของการพัฒนาการ (age and development-level) ผู้ป่วยมีระดับการพัฒนาการเหมาะสมกับอายุหรือไม่

7. สภาวะด้านจิตใจ (psychologic status) ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจได้เองหรือไม่ และมีหลักเกณฑ์ในการตัดสินใจอย่างไร เขามีอาการ วิตกกังวล หงุดหงิด โกรธ รับรู้ต่อ เวลา สถานที่ และบุคคล หรือไม่

8. การใช้ยา ผู้ป่วยได้ใช้ยากดระบบประสาทส่วนกลางหรือไม่ เช่น แอลกอฮอล์หรือยาแก้ปวด (narcotics) ซึ่งทำให้การรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมลดลงผู้ป่วยได้ใช้ยากระตุ้น เช่น แอมเฟตามีน (amphetamine) หรือยาจำพวก L.S.D ซึ่งทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้หรือไม่

9. มีพฤติกรรมที่มีความผิดปกติในการปรับตัวเกิดขึ้น (presence of maladaptive behaviors) มีความคิด การรับรู้ การเคลื่อนไหว หรืออารมณ์ผิดปกติหรือไม่

10. มีตัวความเกรียดเฉพาะเกิดขึ้น (presence of specific stressors) มีตัวแปรเฉพาะที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงสิ่งกระตุ้นทางเซนซอรีย์หรือไม่ ตัวอย่างเช่น ความเจ็บปวด แพ้ยา ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ถูกแยกจากบุคคลอื่น หรือมีความผิดปกติของระบบเฉพาะ เช่น การเปลี่ยนแปลงในการแลกเปลี่ยนแก๊สหรือกลไกการควบคุมตนเอง (regulatory mechanism) ของร่างกาย

6.2 ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม

ตัวแปรที่ต้องนำมาพิจารณา เมื่อทำการประเมินสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ มี 2 ตัวแปร คือ 1) จำนวนและความเข้มของสิ่งแวดล้อมรอบตัว และ 2) การเพิ่มขึ้นหรือลดลงของแบบแผนหรือความหมายของสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีความสำคัญมากในการที่จะประเมินว่าทั้งสองตัวแปรนี้พอเพียงสำหรับการกระตุ้นของบุคคล ที่จะทำให้มีการตอบสนองและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม

ในทางคลินิค สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลง 2 อย่าง คือ การจำกัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา (therapeutically restricted -

Copyright by Mahidol University

environment) และการจำกัดสิ่งแวดล้อมทางสังคม

1. การขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ เนื่องจากถูกจำกัดสิ่งแวดล้อม ซึ่งการจำกัดสิ่งแวดล้อมนี้เป็นไปเพื่อการรักษา มิเชลล์ (Mitchell) ได้กล่าวถึงสถานการณ์ดังต่อไปนี้

ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาในสิ่งแวดล้อมที่ปราศจากเชื้อ (sterile environments) เพื่อป้องกันผู้ป่วยแพร่เชื้อโรคไปสู่บุคคลอื่น หรือรับเชื้อโรคจากบุคคลอื่น ผู้ป่วยต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ถูกจำกัดนั้น ตลอดจนเจ้าหน้าที่ต้องใส่ถุงมือ สวมกาวน์ และใช้ผ้าปิดปากปิดจมูก ทำให้เจ้าหน้าที่มีโอกาสสัมผัสกับผู้ป่วยน้อยที่สุด

ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของกระดูกหรือระบบประสาท ซึ่งต้องรักษาโดยการดึง เข้าเฝือก หรืออยู่บนสไตรเกอร์ เฟรม (stryker frames) ซึ่งผู้ป่วยไม่ได้ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเพียงอย่างเดียว อาจมีการจำกัดของการมองเห็นและต้องนอนอยู่กับที่เป็นเวลานาน ๆ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยอาจถูกจำกัดให้อยู่ในท่านอนหงายซึ่งสามารถมองเห็นได้เฉพาะเพดานห้อง

ผู้ป่วยที่ต้องอยู่ในตึกผู้ป่วยหนัก (ICU) หรือหน่วยโรคหัวใจ (CCU) ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ต้องเข้าไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยโดยไม่ทราบหรือเตรียมตัวมาก่อน ผู้ป่วยต้องพบกับเสียงที่ชำซากจำเจ ไฟที่เปิดอยู่ตลอดเวลา พยาบาลต้องปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (constant activity) การไม่เคลื่อนไหวเครื่องมือที่แปลกประหลาด และความเครียดอื่น ๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงของความเจ็บป่วย ความเจ็บปวด การนอนหลับ และความวิตกกังวล สิ่งแวดล้อมดังกล่าวนี้ อาจนำไปสู่การกระตุ้นทางเซนซอรีย์ที่มากเกินไป[1]

---

[1]Mitchell, Op.cit.,

Copyright by Mahidol University

อดุลย์ อุปมัย กว
มหาวิทยาลัยมหิดล
สำนักหอสมุด

2. การขาดการรับรู้ทางสังคม

สถานการณ์ที่กล่าวถึงการขาดการกระตุ้นทางสังคม - (social deprivation) ก็อ

ทารก ที่ครอบครัวไม่ได้จัดให้มีการกระตุ้นทางสิ่งแวดล้อมที่พอเพียง และทารกมีการสัมผัสกับบุคคลอื่น ๆ น้อยที่สุด

บุคคลที่อาศัยในสถานการณ์ที่ปราศจากการรับรู้หรือติดต่อกับ-สังคมอย่างพอเพียง

บุคคลที่มีอาการทางจิตประสาทหรือซึมเศร้า ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง หรือบุคคลกลุ่มอื่น ๆ ที่จำกัดอยู่เฉพาะแต่ในบ้านของตนเอง บุคคลเหล่านี้-มีการจำกัดทางร่างกาย สังคม หรืออารมณ์ อันก่อให้เกิดการจำกัดในการติดต่อกับ-บุคคลอื่นได้ และ/หรือ ผู้ป่วยต้องรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมที่ซ้ำซากจำเจ [1]

7. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นผลของภาวะการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรี่

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนี้ ทราบได้จากรายงานและการสังเกตกลุ่ม-ตัวอย่างที่อยู่ในสถานการณ์การขาดการกระตุ้นทางเซนซอรี่ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนี้ไม่ใช่อาการทางจิตประสาท (psychotic reaction) แต่เป็นผลจากการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรี่ [2] ซึ่งมีความจำเป็นและสำคัญอย่างมากสำหรับพยาบาล ในการทราบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม พฤติกรรมที่เกิดขึ้นมี เบื่อหน่าย ไม่กระตือรือร้น ความคิดเชื่องช้า ฝันกลางวัน นอนหลับเพิ่มมากขึ้น ความคิดสับสน

---

[1] Ibid., p. 323 - 4

[2] Morgan, Op. cit., p. 70

Copyright by Mahidol University

I 1259928 17022

วิตกกังวล ตกใจกลัว และประสาทหลอน เป็นต้น [1]

บุคคลที่มีความเบื่อหน่ายอาจแสดงออกโดย ไม่กระตือลือล้น หรืออาจกระตือลือล้นมากเกินไป ตามปกติผู้ป่วยอาจเป็นที่น่ารำคาญสำหรับบุคคลอื่น เขาอาจรังแกผู้ป่วยอื่นหรือเรียกร้องความสนใจจากเจ้าหน้าที่ โดยจะขอร้องแม้ในสิ่งเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่ไม่จำเป็นและเขาสามารถกระทำเองได้ ผู้ป่วยมักฉุกเฉียวบ่อย ๆ และมีความโน้มเอียงที่จะทำให้เรื่องเล็กเป็นเรื่องใหญ่ ถ้าผู้ป่วยไม่กระตือลือล้น จะปรากฏอาการเซื่องซึมและนั่งหรือนอนในที่ใดที่หนึ่งซึ่งดูเหมือนจะไม่มีการตอบสนองต่อรูปแบบของการกระตุ้นใด ๆ [2]

บุคคลที่ฝันกลางวัน อาจนั่งตลอดระยะเวลายาวนาน มีความสุขอยู่กับความคิดของตนเอง และมีความคิดฟุ้งซ่าน (fantasies) ไม่เอาใจใส่กับสิ่งแวดล้อมรอบตัว การปลุกผู้ป่วยให้ตื่นจากภวังค์นั้นเป็นการยากลำบาก ผู้ป่วยอาจไม่ทราบว่า เขาควรได้รับยาเมื่อไร หรือมีใครมาพูดกับเขาบ้าง ผู้ป่วยอาจสับสนมึนงงในความเป็นจริงกับความฟุ้งซ่าน [3]

บุคคลที่มีความซึมเศร้า จะแสดงอาการ ไม่ยินดียินร้าย และไม่สนใจในกิจธุระของตนเอง อาจหมดหวัง สิ้นหวัง และไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง อาจมีอาการแสดงทางกาย เช่น นอนไม่หลับ จากการศึกษา E.E.G. ในผู้ป่วยที่ซึมเศร้ายืนยันว่า ผู้ป่วยนี้มีแนวโน้มหงุดหงิด ระยะเวลาในการนอนหลับสั้นลง ตลอดจนมี -

---

[1] Cythia F. Cameron, et al. "When Sensory Deprivation Occurs....," The Canadian Nurse, Vol.68, No.11 (November, 1972), p.33

[2] Bevery Witter Du Gas, Introduction to Patient Care : A Comprehensive Approach to Nursing (3d ed.; Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1977), p. 235.

[3] Ibid.,

Copyright by Mahidol University

อาการเบื่ออาหารและน้ำหนักลด เป็นต้น[1]

บุคคลที่มีความวิตกกังวล มักจะมีความตั้งใจ หรือเตรียมพร้อมที่จะทำงานอย่างใดอย่างหนึ่งมากเกินไป อาจจะมีความหงุดหงิดง่าย มีการสูญเสียความตั้งใจความชำนาญ ความจำ และความสามารถในการคำนวณ และอาจมีอาการแสดงออกทางร่างกาย คือ เหงื่อออกมาก มีความตึงของกล้ามเนื้อลาย หายใจเร็วขึ้นมีความผิดปกติในการทำงานของระบบทางเดินอาหาร การกระตุ้นของหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงระบบทางเดินปัสสาวะและระบบอวัยวะสืบพันธุ์[2]

การไม่รู้กาละเทศะ (Disorientation) ผู้ป่วยจะมีความสับสน มึนงงอาจบอกเวลาไม่ถูกต้อง ไม่ทราบว่าตนเองอยู่ที่ไหนหรือเป็นใคร และไม่สามารถจำตนเอง ครอบครัว หรือเพื่อนได้ กล่าวคือ ผู้ป่วยอาจไม่รับรู้ต่อสถานที่ เวลา และบุคคล[3]

การสูญเสียสมาธิ ผู้ป่วยอาจเงื่องหงอย อาจทดสอบได้โดยให้ผู้ป่วยบอกลำดับของเดือน หรือลำดับของวันในแต่ละสัปดาห์และกลับกัน[4]

ประสาทหลอน เป็นการที่ผู้ป่วย ได้ยิน มองเห็น ได้กลิ่น รับรส หรือรู้สึกต่อสิ่งที่ไม่ได้เกิดขึ้นในความเป็นจริง กล่าวคือ การรับรู้นั้นไม่ได้มีสิ่งกระตุ้นจาก -

---

[1]Philip Solomon, and Vernon D.Patch, Handbook of Psychiatry (2 nd.ed.; California : Lange Medical Publications, 1971), p. 58.

[2]Ibid., p. 52.

[3]Ibid., p. 79.

[4]Ibid., p. 33.

Copyright by Mahidol University

ภายนอกแต่มาจากภายในตัวเอง[1]

บุคคลที่มีความคิดเชื่องช้า จะมีความรู้สึกเสื่อมลอยอย่างมาก ในการสนทนาผู้ป่วยต้องใช้ความพยายามที่จะคิดถึงสิ่งที่เขาต้องการจะพูด มีอาการงุ่นง่าน อึกอักและเกะเขิน[2]

การก้าวร้าว ผู้ป่วยที่ก้าวร้าวนั้นอาจสังเกตได้ว่าผู้ป่วยนั้น กระแทกแดกดันกล่าวร้ายเจ้าหน้าที่ ทำลายสิ่งแวดล้อมรอบตัว ไม่ให้ความร่วมมืออย่างไม่มีเหตุผล และชอบอ้างเหตุผลโต้แย้ง การแสดงออกที่เห็นได้อย่างชัดเจน คือ การขว้างปาหมอนหรือหนังสือแมกกาซีน ทำให้แก้วแตกละเอียด เตะเก้าอี้ ผู้ป่วยมีอารมณ์เสียง่าย และอาจใช้ภาษาที่หยาบคาย การก้าวร้าวยังหลบซ่อนอยู่ ผู้ป่วยแสดงออกว่ามีความสุภาพอย่างมาก แต่ถ้าเขาไม่พอใจ เขาก็จะกระทำดังเช่นที่ได้กล่าวแล้วข้างต้น[3]

8. หลักและวิธีการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์

พยาบาลเป็นบุคคลที่สำคัญมากในการป้องกันการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ ซึ่งเป็นการรักษาพยาบาลแรกเริ่ม ตลอดจนให้การช่วยเหลือ และฟื้นฟูสุขภาพเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นผลของการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ หลักที่สำคัญในการป้องกัน ช่วยเหลือและฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยที่ขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ มีดังนี้

---

[1]Gladys B. Lipkin, and Roberta G Cohen, Effective Approaches to Patients' Behavior (2 nd.ed.; New York : Springer Publishing Company, 1980), p.83.

[2]DuGas, Op.cit.,

[3]Lipkin and Cohen, Op.cit., p.95.

Copyright by Mahidol University

8.1 การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม (Manipulation of - Environment)

เพื่อจัดให้มีสิ่งกระตุ้นที่เหมาะสมและมีความหมายต่อผู้ป่วย สามารถกระทำได้โดยจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงเวลากลางวันและกลางคืน ถ้าเป็นเวลากลางวันก็เปิดไฟและให้มีแสงอาทิตย์ส่องเข้ามาได้ ส่วนเวลากลางคืนให้ปิดไฟเพื่อผู้ป่วยจะได้ทราบว่าเป็นเวลากลางคืน[1]

การทำให้ผู้ป่วยคุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมใหม่ของโรงพยาบาล โดยอนุญาตให้ผู้ป่วยนำสิ่งที่คุ้นเคย เช่น รูปภาพ หมอนที่ผู้ป่วยชอบมาไว้ใกล้ๆ ให้ผู้ป่วยได้อ่านบทความจากหนังสือพิมพ์และทำงานประจำที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย " ...ดังนั้นผู้ป่วยควรสวมเสื้อผ้าและเสื้อนอนของตนเองขณะอยู่ในโรงพยาบาล นำวิทยุและสิ่งของอื่น ๆ ของตนเองมาใช้ อ่านข่าวหนังสือพิมพ์และทำกิจวัตร-อื่น ๆ ตามปกติเท่าที่เป็นไปได้..."[2] พยาบาลต้องพยายามจัดบางสิ่งบางอย่างเป็นพิเศษสำหรับผู้ป่วย เช่น จัดอาหารที่ผู้ป่วยชอบ การกระทำดังกล่าวข้างต้นทำให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อสถานการณ์ในโรงพยาบาลได้ง่ายขึ้น เพราะเนื่องจาก -

---

[1] Kaye Herth, " Alterations in Sensory Status, " Introduction to Nursing Practice, ed. by Lillie M. Shortridge, and E. Juanita Lee (New York : McGraw - Hill Book Company, - 1980), p. 364.

[2] Frances Monet Carter, Psychosocial Nursing : Theory and Practice in Hospital and Community Mental Health (2 d. ed.; New York : Macmillan Publishing, 1976), p. 206.

Copyright by Mahidol University

สิ่งแวดล้อมที่แปลกใหม่และไม่คุ้นเคย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสับสนมึนงงได้

การจัดสิ่งแวดล้อมที่บอกเกี่ยวกับเวลา เช่น นาฬิกา ปฏิทิน ติดไว้ในที่ซึ่งผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้ง่าย[1,2,3] มีการจัดเวลาในการเปิดทีวีหรือวิทยุ[4] ตลอดจนการนำเวลามาพูดคุยในการสนทนากับผู้ป่วยด้วย ตัวอย่างเช่น " ฉันจะกลับมานั่งกับคุณเมื่อเวลาบ่ายโมงตรง " ซึ่งจะลดความสับสนมึนงงได้[5]

วิธีที่มีประสิทธิภาพอีกอย่างหนึ่ง คือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้สนทนาอย่างมีจุดมุ่งหมาย สนทนาในหัวข้อที่ผู้ป่วยทราบดี เช่น ครอบครัว บ้านเกิด และสิ่งแวดล้อมปัจจุบัน ตลอดจนให้ผู้ป่วยอ่านหนังสือพิมพ์หรือแมกกาซีน และนำข้อมูลที่ได้มาเข้ากลุ่มสนทนาเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน ซึ่งการกระทำดังกล่าวนี้ เป็นประโยชน์ทั้งการป้องกันและการรักษา[6] ดังเห็นได้จากการศึกษาของ มูดดี้ (Moody) บาร์รูน (Barron) และมังก์ (Monk) เขาได้จัดกลุ่มสนทนาสำหรับบุคคลที่มีอาการสับสนมึนงงเนื่องจากการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรี่ โดยให้บุคคลในกลุ่มสนทนาในหัวข้อที่สมาชิกสนใจ ซึ่งหัวข้อเรื่องอาจเป็น การตกปลา หรือการทำอาหาร เป็นต้น สนทนากันวันละ 45 นาที เป็นเวลา 1 สัปดาห์ เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ -

---

[1] Cameron, etal., Op.cit.,

[2] Herth, Op.cit.,

[3] Mitchell, Op.cit., p.329.

[4] Ibid.,

[5,6] Herth, Op.cit.,

Copyright by Mahidol University

พบว่าผู้ป่วยมีความกระตือลือร้นมากขึ้น และมีความสับสนมึนงงน้อยลง[1]

8.2 การเพิ่มสิ่งกระตุ้นที่มีความหมาย

(Increase Meaningful Input)

หนทางในการเพิ่มสิ่งกระตุ้นทางการมองเห็น การได้ยิน และการสัมผัส คือ จัดให้ผู้ป่วยอยู่ใกล้หน้าต่างและสามารถมองเห็นกิจกรรมต่าง ๆ ได้ การจัดท่าและช่วยพลิกตัวผู้ป่วยบ่อย ๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยยังคงรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อม และเป็นการลดความซ้ำซากจำเจด้วย ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นแหล่งของสิ่งกระตุ้นทางการมองเห็นและการได้ยิน ฮีรอน กล่าวว่า " สิ่งเหล่านี้ไม่ได้เป็นสิ่งปรุงแต่งชีวิต แต่เป็นเนื้อแท้ของชีวิต "[2]

โทรทัศน์และวิทยุ เป็นการเพิ่มสิ่งกระตุ้นได้ แต่ถ้าใช้มากเกินไปก็ก่อให้เกิดความซ้ำซากจำเจ สิ่งอื่น ๆ ที่จัดให้มีได้เช่น รูปภาพ การ์ด และโปสเตอร์ เป็นต้น

---

[1] L.Moody, V. Barron, and G. Monk, " Moving the past into the Present," American Journal of Nursing, Vol. 70 (1970), 2353 - 6.

[2] Woodburn Heron, " The Pathology of Boredom," Scientific America, Vol.196, No.1 (January, 1957), 56.

Copyright by Mahidol University

การเพิ่มการสัมผัสที่มีความหมายเพิ่มขึ้น ทำให้การขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ลดลง กล่าวคือ การจำกัดการเคลื่อนไหว และการไม่ได้รับการสัมผัสกับบุคคลอื่น ทำให้เกิดความสับสนมึนงง ดังนั้นพยาบาลต้องดูแลผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวลเอาใจใส่ การสัมผัสและจับมือเป็นการติดต่อสื่อสารที่เป็นธรรมชาติและมีประสิทธิภาพมาก ใช้ได้ดีโดยเฉพาะอย่างยิ่งกับผู้ป่วยเด็กหรือผู้สูงอายุและบุคคลที่มีธรรมชาติค่อนข้างเก็บตัว เบรินไซด์ (Burnside) ได้กล่าวถึงการใช้ท่าทางอย่างง่าย ๆ ที่ให้ความอบอุ่น โดยการวางมือลงไปอย่างนิ่มนวลบนไหล่ของผู้ป่วย สามารถทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่ถดถอย ตอบสนองได้ดีกว่าวิธีอื่น ๆ[1] และ อโมเชอร์ (Amocher) ได้เล่าถึง การเรียนรู้จากการดูแลผู้ป่วยสตรี อายุ 35 ปี ซึ่งเป็นอัมพาตครึ่งซีกขวาและพูดไม่ได้ แต่สามารถปฏิบัติตามคำสั่งได้บ้าง การดูแลที่ให้อย่างหนึ่ง คือ การสัมผัส โดยการจับมือโอบไหล่ เป็นการแสดงความเข้าใจในความรู้สึกทรมานใจของผู้ป่วยซึ่งไม่สามารถพูดจาติดต่อกับบุคคลอื่นได้ การกระทำเช่นนี้ ช่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ ได้ความรักและมีโอกาสฟื้นสู่สภาพปกติได้รวดเร็ว การสัมผัสสามารถกระทำได้ทุกโอกาส เช่น เมื่อพบกันครั้งแรกหรือขณะให้การรักษาพยาบาล ทุกครั้งที่ผู้ป่วยได้รับสัมผัสจะยิ้มและแสดงความพอใจ[2] ดังนั้นพยาบาลสามารถใช้-

---

[1] Irene Mortenson Burnside, " Touching is Talking : Caring for the aged," American Journal of Nursing, Vol. 73, No. 5 (May, 1973), 852 - 4.

[2] Nancy Jean Amocher, " Touch is a way of caring," American Journal of Nursing, Vol.73, No.5 (May,1973), 852 - 4.

Copyright by Mahidol University

การสัมผัสให้เป็นประโยชน์และเหมาะสมกับผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ได้ โดยขณะพูดคุยกับผู้ป่วย พยาบาลควรจับมือหรือแขนของผู้ป่วย และวางมืออย่างนุ่มนวลรอบไหล่ของผู้ป่วยแล้วแต่ความเหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอบอุ่น และเป็นการกระตุ้นที่สำคัญอย่างหนึ่ง

8.3 การสำรวจสิ่งแวดล้อม (Exploration of Environment)

การปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม คือ การสนับสนุนให้มีการออกกำลังกาย โดยให้ผู้ป่วยกระทำด้วยตนเอง และให้ผู้อื่นช่วยทำให้หรือไอโสเมตริก (Isometric) ตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย พยาบาลต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยเดินโดยใช้ไม้ค้ำยันรักแร้ นั่งรถเข็นเดินเล่น ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย การเล่นเกมส์ที่เกี่ยวกับการใช้ความคิดหรือความจำ เช่น ฟังสมาชิกกลุ่มพูด และให้สมาชิกคนหนึ่งทำตามคำสั่งนั้น ๆ พยาบาลอาจหาสิ่งกระตุ้นที่คุ้นเคยอื่น ๆ ให้ผู้ป่วยได้อีก เช่น สิ่งกระตุ้นทางกลิ่น รส เสียง และการมองเห็น เป็นต้น " คาร์สัน (Carlson) ใช้การจัดดอกไม้ รูปภาพ โมบาย (Mobiles) การออกกำลังกาย ดนตรี และการดูแลทางร่างกาย เช่น การนวดหลัง เป็นการเพิ่มสิ่งกระตุ้นทางเซนซอรีย์ในผู้ป่วยหญิงที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยหญิงจำนวน 6 ราย ซึ่งใช้เวลาทั้งหมดจ้องมองเพดาน และไม่สนใจสิ่งแวดล้อมหรือแสดงความรู้สึกออกมา เปลี่ยนเป็นหญิงที่มีความกระตือรือร้นทั้งทางร่างกายและอารมณ์ และเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มดี " [1]

---

[1] Herth, Op.cit., p.367 .

Copyright by Mahidol University

8.4 การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Increase Social Contact)

บุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น จะมีผลต่อการตอบสนองและกระตือรือร้นของบุคคล คาร์สัน พบว่า บุคคลในกลุ่มที่มีการรับรู้และปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมนั้น จะมีความพอใจและกระตือรือร้นมากกว่า บุคคลที่ถูกแยกจากสังคมสิ่งนี้บ่งชี้ว่า การกระตุ้นทางสังคมเป็นการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ที่สำคัญอย่างหนึ่ง ดังนั้น ควรอนุญาตให้ผู้ป่วยมีเวลาที่จะอยู่กับครอบครัวและบุคคลอื่น ๆ มากขึ้น ให้ญาติและเพื่อนได้เยี่ยมตามที่ผู้ป่วยต้องการ และพยาบาลต้องแนะนำญาติในการช่วยเหลือผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองยังเป็นที่ต้องการและเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว[1] สำหรับพยาบาลเองนั้น นับว่าเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยที่จะสามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ด้วยได้ง่ายที่สุด จึงต้องตระหนักในความสำคัญข้อนี้ให้มาก

บางครั้งการจัดให้ผู้ป่วยอื่นอยู่ร่วมห้องกับผู้ป่วย ก็เป็นการกระตุ้นทางสังคมที่เพียงพอ พยาบาลต้องรู้จักผู้ป่วยเป็นอย่างดี สามารถทักทายโดยเรียกชื่อผู้ป่วยได้ การให้ผู้ป่วยได้สัมผัสหรือพูดคุยหรือรู้จักบุคคลอื่นทำให้ความรู้สึกถูกแยกจากบุคคลอื่นของผู้ป่วยลดลง

8.5 การส่งเสริมหน้าที่ของซีรีบรอล (Enhance Cerebral - Functioning)

ความเจ็บปวด การอดนอน ความวิตกกังวล เป็นสิ่ง-

---

[1] Ibid.,

Copyright by Mahidol University

กระตุ้นที่ทำให้เกิดการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ได้ สำหรับความเจ็บปวด พยาบาลสามารถลดความเจ็บปวดได้ โดยการทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย เช่น การนวดหลัง และพลิกตัวให้ผู้ป่วย ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ และให้สิ่งกระตุ้นอื่น ๆ ที่น่าสนใจ (Distracting stimuli) สำหรับการอดนอน สามารถแก้ไขได้โดย การจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบในช่วงเวลานอน จัดที่นอนและอาบน้ำให้เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายตัว พูดคุยเพื่อลดความวิตกกังวล ถ้าไม่สามารถลดความวิตกกังวลได้ อาจต้องให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งผู้ป่วยจะรู้สึกผ่อนคลายและหลับสบาย การกระทำดังกล่าวข้างต้นทำให้ผู้ป่วยทราบสถานการณ์ขณะนั้น อิสิสและคณะพบว่า การตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการแปลความของสมอง[1]

8.6 เทคนิคการกระตุ้นตนเอง (Self - stimulation techniques)

พยาบาลสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคการกระตุ้นตนเองได้ เช่น ให้ผู้ป่วยร้องเพลง หรือฮัมเพลงในลำคอ และพูดคุยทบทวนความจำเป็นต้น .

การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และกระทำหลายสิ่งหลายอย่างด้วยตนเอง เช่น การอ่านหนังสือ เดิน วาดภาพ และร้องเพลง เป็นต้น ซึ่งสิ่งต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น เป็นสิ่งกระตุ้นที่เพียงพอในการกระตุ้นทางเซนซอรีย์[2]

[1,2] Herth, Op.cit, p. 371.

Copyright by Mahidol University

9. การศึกษาการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์

การจำกัดการเคลื่อนไหว เป็นการทำให้อยู่ในท่าใดท่าหนึ่ง และมีสมมติฐานว่า การจำกัดการเคลื่อนไหวทำให้เกิดการขาดการกระตุ้นความรู้สึกเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว[1] กล่าวคือ มีการลดสิ่งกระตุ้นเพื่อให้มีการทำงานของระบบประสาทของกล้ามเนื้อ (Neuromuscular)[2] โดยตรง จึงทำให้ทำหน้าที่ไม่ได้ตามปกติ ทำให้ขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ของการเคลื่อนไหว[3] สิ่งที่คล้ายกับการจำกัดการเคลื่อนไหว คือ การนอนพักบนเตียง ลักแมน (Luckman) และโซเรนเซน (Sorensen) ให้คำจำกัดความของคำ "การนอนพักบนเตียง" โดยทั่วไปว่า หมายถึง การให้ผู้ป่วยนอนพักอยู่บนเตียงโดยมีจุดประสงค์เพื่อพักผ่อน ผู้ป่วยจะไม่ได้รับอนุญาตให้เดินไปไหนมาไหนได้อย่างอิสระ แพทย์อาจเป็นผู้สั่งให้ผู้ป่วยปฏิบัติ หรือพยาบาลอาจปฏิบัติกับผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือกระทำกิจกรรมสำหรับตนเองได้ เช่น ผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยที่ประสาทไขสันหลังได้รับอันตราย ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เป็นต้น สำหรับในทางปฏิบัติความหมายของการนอนพักบนเตียงนั้นคลุมเครือ แพทย์และพยาบาลอาจเข้าใจไม่ตรงกัน จึงควรตกลงกันให้แน่ชัดว่าจะให้ผู้ป่วยประกอบกิจกรรมใด ๆ ที่เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันได้บ้าง[4]

---

[1] Bolin, Op.cit., p. 251.

[2] F.J.Kotte, "Effects of limitation of activity upon the human body," Journal of the American Medical Association, Vol. 196, No. 10 (June 6, 1966), p. 830.

[3] Bolin, Op. cit.,

[4] Joan Luckman, and Karen C. Sorensen, Medical - Surgical Nursing : A Psychophysiological Approach (Philadelphia : W.B. Saunders Co., 1974), p. 295

Copyright by Mahidol University

ดาวน์ (Downs) ได้กระทำการศึกษาเกี่ยวกับการนอนพักบนเตียงในกลุ่มตัวอย่าง 180 ราย เป็นหญิง 90 ราย ชาย 90 ราย อายุ ระหว่าง 18 – 35 ปี ให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยที่กำลังรับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางการทดลองของการนอนพักบนเตียงและการแยกกักกันจากสังคม ดาวน์ค้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ที่บิดเบือนไปจากปกติหลังจากเข้าไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางการทดลองเพียง 2 $\frac{3}{4}$ ชั่วโมง เท่านั้น [1]

การจัดการเกสื่อนไหวนี้ ได้มีการศึกษากันอย่างกว้างขวางในสถานการณ์ทางห้องปฏิบัติการ แต่ในทางคลินิกยังมีการศึกษาน้อยมาก ไลเดอร์แมน (Leiderman) และคณะ ได้รายงานการศึกษาเฉพาะราย (case study) ถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในผู้ป่วยสองคลอรโซปิกส์ 2 ราย คือ มีวิตกกังวล หลงผิด ไม่รับรู้ต่อ เวลาและสถานที่ หลังการจำกัดการเกสื่อนไหว [2] กอตร์ด (Kottke) ได้กล่าวถึงผลทางจิตใจที่เกิดจากการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จะแปรผันตามระดับการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์และบุคลิกภาพที่เด่นของบุคคลนั้น พฤติกรรมที่แสดงออกมา เช่น วิตกกังวล ก้าวร้าว ตึงเครียด บ่นถึงความไม่สะดวกสบาย

---

[1] Florence S.Downs, "Bed rest and sensory disturbances," American Journal of Nursing, Vol.74, No.3 (March,1974),p.434-8.

[2] Leiderman, et al., Op.cit., p.391.

Copyright by Mahidol University

ต่าง ๆ และมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนของการนอนหลับ ยิ่งไปกว่านั้น ถ้าเพิ่มระยะเวลาและระดับของการจำกัดการเคลื่อนไหวและแยกจากบุคคลอื่น จะทำให้มีการถดถอยมากขึ้น กล่าวคือ ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นและมีการตอบสนองทางอารมณ์ในรูปแบบดั้งเดิม[1]

โบลิน (Bolin) ได้ทำการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive study) โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่ไม่ได้รับการเคลื่อนไหวเป็นเวลานาน ในกลุ่มตัวอย่าง 13 ราย ผู้ป่วยมีการนอนหลับและความฝันที่แตกต่างกัน และโบลินเชื่อว่าเป็นความแตกต่างต่อการจำกัดทางร่างกาย (Physical restriction) ซึ่งมีสาเหตุจากเตียงหรือการดึง และสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกันของโรงพยาบาล ผู้ป่วย 2 ราย ได้แสดงพฤติกรรมต่อต้าน โดยพยายามเอาการดึงออกและพยายามที่จะลุกจากเตียง สำหรับผู้ป่วยอื่น ๆ อีกหลายราย ได้ฝันเห็นสัตว์ หรือคิดว่าตนเองบรรเทาจากอาการของโรคแล้ว การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าวข้างต้นนี้ เกิดขึ้นในช่วงสัปดาห์แรกของการอยู่ในโรงพยาบาล จากการค้นพบนี้ โบลินได้พยากรณ์ว่า ระยะวิกฤตสำหรับผู้ป่วยที่ไม่เคลื่อนไหว คือ สัปดาห์แรกของการอยู่ในโรงพยาบาล กล่าวคือ เป็นระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องปรับตัวต่อ-

---

[1]Kotte, Op. cit.,

Copyright by Mahidol University

การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นทางเซนซอรีย์ของเขา[1]

ปราณี ช่วงฉ่ำ ได้กระทำการสำรวจการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นผลของการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ แผนกศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ และกายภาพบำบัด โรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่าง เป็นชายจำนวน 15 คน เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการจำกัดการเคลื่อนไหวส่วนของร่างกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 14 ราย มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม คือ มีความรู้สึกต้องการพึ่งพาผู้อื่นมากที่สุดขณะไม่มีการเคลื่อนไหว มีความต้องการให้บุคคลทั่ว ๆ ไปมาสนใจ ดูแลเอาใจใส่ และต้องการความปลอดภัยมากกว่าปกติ มีอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย ใจน้อย โกรธง่าย ไม่สนใจความสะอาดของตนเอง ระดับการรับรู้เริ่มเสื่อม กล่าวคือ มีความสับสนมึนงง ความจำเสื่อม มีอาการประสาทหลอนทางตา หู และการสัมผัส และนอนไม่หลับ พฤติกรรมเหล่านี้จะปรากฏมากที่สุดในวันที่ 1 และ 2 หลังได้รับการรักษาโดยวิธีการไม่เคลื่อนไหว และจะพบรองลงมาคือ ตั้งแต่เข้าอยู่ในโรงพยาบาลจนถึงระยะของการศึกษา กล่าวคือ เป็นระยะเวลา 6 วัน[2]

---

[1]Bolin, Op.cit., p.252

[2]ปราณี ช่วงฉ่ำ "Sensory Deprivation ในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์" (รายงานการศึกษาวิชาปัญหาการพยาบาลศัลยศาสตร์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2523), หน้า 1 – 69

Copyright by Mahidol University

จากเอกสารและผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้น เห็นได้ว่าผู้ป่วยลูกรโซปิคิกส์ในโรงพยาบาล เป็นผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรี่ อันเนื่องมาจากปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมและปัจจัยทางบุคคล ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้น

Copyright by Mahidol University

หอสมุดกลาง LIBRARY DIVISION

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive method) ประชากร กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการดำเนินงานมีดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่แพทย์รับไว้รักษาในแผนกสามัญ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลพุทธชินราช เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยจำกัดการเคลื่อนไหว แพทย์อาจกระทำได้โดย การเข้าเฝือก ดึง ผ่าตัดร่วมกับการเข้าเฝือกหรือดึง ผ่าตัดเพื่อยึดตรึงกระดูก ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาไม่น้อยกว่า 7 วัน อายุ 13 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดเพศ ระดับการศึกษา เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม สามารถสื่อความหมายเข้าใจ และตอบคำถามได้ เลือกผู้ป่วยที่มีลักษณะดังกล่าวข้างต้นจำนวน 100 ราย เป็นกลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ คือ แบบประเมินภาวะการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ ในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยหลักทางทฤษฎี เครื่องมือนี้ประกอบด้วยเนื้อหา 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัว

ส่วนที่ 2 ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์

Copyright by Mahidol University

ส่วนที่ 3 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในภาวะการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์

สำหรับส่วนที่ 3 เป็นการทดสอบและสัมภาษณ์ว่า ผู้ป่วยมีหรือไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเหล่านั้น ถ้ามีข้อใดข้อหนึ่งในพฤติกรรมนั้น ๆ ถือว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมนั้น ๆ

การหาความตรง (validity) ของเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยนำเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ คือ จิตแพทย์ แพทย์ทางระบบประสาท พยาบาลจิตเวช และพยาบาลออร์โธปิดิกส์ จำนวน 10 ท่าน แล้วนำความคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข ให้เป็นเครื่องมือที่จะนำไปใช้การวิจัยต่อไป

การหาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ

นำเครื่องมือที่หาความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ที่ได้รับการรักษาโดยวิธีการจำกัดการเคลื่อนไหวส่วนของร่างกาย จำนวน 20 ราย นำพฤติกรรมที่ได้จากส่วนที่ 3 มาให้คะแนน

การให้คะแนน

มีการเปลี่ยนแปลงพฤตกรรม ให้คะแนนเป็น 1

ไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ให้คะแนนเป็น 0

นำคะแนนที่ได้จากส่วนที่ 3 มาหาความเที่ยง แบบการหาความคงตัวภายในของเครื่องมือ โดยใช้สูตร K – R 20 ของกูเดอร์ – ริชาร์ดสัน (Kuder – Richardson) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.60

Copyright by Mahidol University

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดูกลุ่มตัวอย่างที่เข้าตามเกณฑ์จากแผ่นรายงานอาการผู้ป่วย แล้วบันทึกข้อมูลอย่างมีโครงสร้าง มีวิธีการบันทึกในแต่ละส่วนดังนี้

ข้อมูลในส่วนที่ 1, 2 รวบรวมข้อมูลได้จากแผ่นรายงานอาการผู้ป่วยและการสัมภาษณ์

ข้อมูลในส่วนที่ 3 รวบรวมข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์เป็นส่วนใหญ่ มีบางส่วนที่ต้องทดสอบ เช่น การประสาน – หน้าที่การเคลื่อนไหว การรับรู้เกี่ยวกับสี การให้เหตุผล และการสูญเสียสมาธิ

ผู้วิจัยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณรายละ 20 นาที จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยในแผนกสามัญโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลพุทธชินราช แห่งละ 25 ราย ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ เดือน สิงหาคม ถึง ธันวาคม 2526 เป็นเวลา 5 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินภาวะการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ มาวิเคราะห์เป็นสัดส่วนและแจงนับจำนวนร้อยละ เสนอผลการวิจัยในรูปตารางประกอบการบรรยาย

การสร้างแนวการพยาบาล

ผู้วิจัยได้เสนอแนะแนวการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ในโรงพยาบาลที่มีภาวะการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ ตามข้อมูลที่เป็นปัญหาซึ่งวิเคราะห์ได้ในส่วนที่ 1

Copyright by Mahidol University

บทที่ 4

ผลการวิจัย แนวการพยาบาลและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอออกเป็น 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 เสนอผลการสำรวจปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นผลของภาวะนี้ และตอนที่ 2 เสนอแนวการพยาบาลเพื่อป้องกันและช่วยเหลือผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่มีภาวะการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์

ตอนที่ 1

1. ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 ร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามอายุและเพศ (N = 100)

อายุ (ปี)	เพศ		ร้อยละ
	ชาย	หญิง	
13 – 30	64	5	69
31 – 45	15	3	18
46 – 60	8	2	10
60 ขึ้นไป	3	–	3
รวม	90	10	100

จากตาราง 1 ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกส่วนใหญ่อยู่ช่วงอายุระหว่าง 13 – 30 ปี ร้อยละ 69 รองลงมาช่วงอายุ 31 – 45 ปี ร้อยละ 18 และพบว่าผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกเป็น ชาย : หญิง ในอัตราส่วน 9 : 1

Copyright by Mahidol University

ตาราง 2 ร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามอาชีพ (N = 100)

อาชีพ	ร้อยละ
รับจ้าง	49
เกษตรกรรม	19
รับราชการ	8
กำลังศึกษา	7
ค้าขาย	6
ไม่มีอาชีพ	5
รัฐวิสาหกิจ	2
อื่น ๆ :-	
– งานส่วนตัว	2
– งานถีเรก	1
– พับถุงกระดาษ	1
รวม	100

จากตาราง 2 ผู้ป่วยออรโธปิดิกส์ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างมากที่สุด คือ ร้อยละ 49 และรองลงมามีอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 19

Copyright by Mahidol University

ตาราง 3 ร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามระดับการศึกษาและศาสนา

(N = 100)

ระดับการศึกษา	ศาสนา		ร้อยละ
	พุทธ	อิสลาม	
ไม่ได้รับการศึกษา	3	–	3
ประถมศึกษา	66	2	68
มัธยมศึกษา	15	–	15
อาชีวศึกษา	12	–	12
อุดมศึกษา	2	–	2
รวม	98	2	100

จากตาราง 3 ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ส่วนใหญ่เรียนชั้นประถมศึกษามากที่สุด คือ ร้อยละ 68 รองลงมาเรียนชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 15 และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธมากกว่าศาสนาอิสลาม ในอัตราส่วน 49 : 1

Copyright by Mahidol University

2. ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่งเสริมการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรี่

ตาราง 4 ร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามการรักษาและจำนวนวันในการรักษา (N = 100)

การรักษา	จำนวนวันในการรักษา				ร้อยละ
	7	8–29	30–60	61–120	
– เข้าเฝือก	–	7	1	1	9
– เข้า Traction					
– Skin	1	1	–	–	2
– Skeletal	2	5	1	–	8
– Pelvic	2	–	–	–	2
– ทำ Internal Fixation	4	3	–	–	7
– การรักษาอื่น ๆ					
– External Fixation	–	–	1	–	1
– Immobilization ใน Stryker Frame	–	1	–	–	1
– Laminectomy	–	1	1	–	2
– Tayler Brace	1	–	–	–	1
– ได้รับการรักษามากกว่า 1 อย่าง					
– ตำแหน่งเดียวกัน	6	31	9	4	50
– หลายตำแหน่ง	2	9	4	2	17
รวม	18	58	17	7	100

Copyright by Mahidol University

จากตาราง 4 ผู้ป่วยกลอโซปิคิกส์ ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาหลายอย่างที่ – ตำแหน่งเกี่ยวกัน ถึงร้อยละ 50 และจะอยู่ในช่วงเวลาของการรักษา 8 – 29 วัน จำนวน 31 คน รองลงมาได้รับการรักษาหลายตำแหน่ง ร้อยละ 17 และจะอยู่ใน – ช่วงเวลาของการรักษา 8 – 29 วัน จำนวน 9 คน จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยกลอโซปิคิกส์– ส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงเวลาของการรักษา 8 – 29 วัน ถึงร้อยละ 58

ตาราง 5 ร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามตำแหน่งการรักษาและความถนัด (N = 100)

ตำแหน่งการรักษา	ความถนัด		ร้อยละ
	ขวา	ซ้าย	
– แขนซ้าย	4	–	4
– แขนขวา	2	1	3
– ขาซ้าย	16	8	24
– ขาขวา	30	7	37
– อื่น ๆ			
– บั้นเอว	4	1	5
– ลำตัว	4	–	4
– จำกัดการเคลื่อนไหวทั้งหมด	1	–	1
– ได้รับการรักษามากกว่า 1 ตำแหน่ง	20	2	22
รวม	81	19	100

จากตาราง 5 ผู้ป่วยกลอโซปิคิกส์ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาที่ตำแหน่งขาขวา– มากที่สุด ร้อยละ 37 รองลงมาได้รับการรักษาที่ขาซ้าย ร้อยละ 24 แสดงว่าผู้ป่วย – ได้รับอุบัติเหตุที่ขาขวา มากกว่า ขาซ้าย และพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นคนถนัดขวา (ความถนัด ขวา : ซ้าย = 4.26 : 1)

Copyright by Mahidol University

ตาราง 6 ร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามการจำกัดการเคลื่อนไหว (N = 100)

การจำกัดการเคลื่อนไหว	ร้อยละ
– ถูกจำกัดอยู่บนเตียงโดย	
– ช่วยเหลือตนเองได้	59
– ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ต้องให้ผู้อื่นช่วยบางส่วน	26
– ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย	3
– ไม่ได้ถูกจำกัดอยู่บนเตียงโดย	
– ช่วยเหลือตนเองได้	10
– ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ต้องให้ผู้อื่นช่วยบางส่วน	2
รวม	๑๐๐

จากตาราง 6 ผู้ป่วยคลอโรฮิดิกส์ส่วนใหญ่ถูกจำกัดอยู่บนเตียง โดยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ร้อยละ 59 รองลงมาสามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ต้องให้ผู้อื่นช่วยบางส่วน ร้อยละ 26 และพบว่ามีผู้ป่วยเป็นจำนวนน้อยมากที่ไม่ได้ถูกจำกัดอยู่บนเตียง คิดเป็นร้อยละ 12

Copyright by Mahidol University

ตาราง 7 ร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามการใช้ยา (N = 100)

ชนิดของยาที่ใช้	ร้อยละ
– ยาแก้ปวด	
– พาราเซตามอล	31
– เอ พี ซี (A.P.C.)	1
– ยากล่อมประสาท	
– ไดอะซีแพม	2
– ยาแก้ปวดและ/หรือยากล่อมประสาทตั้งแต่ 2 อย่างขึ้นไป	65
– ไม่มีรายงานการใช้ยา	1
รวม	100

จากตาราง 7 ผู้ป่วยกลอโรซิดิกส์ ส่วนใหญ่ได้รับยาแก้ปวดและ/หรือยา-กล่อมประสาทตั้งแต่ 2 อย่างขึ้นไป จำนวนมากที่สุด คือร้อยละ 65 รองลงมาคือยาแก้ปวด พาราเซตามอล ร้อยละ 31

Copyright by Mahidol University

ตาราง 8 **ร้อยละของผู้ป่วย** จำแนกตามการสูญเสียการรับความรู้สึก (N = 100)

การสูญเสียการรับความรู้สึก	ร้อยละ
การมองเห็น	
– ตาบอดข้างเดียว	–
– ตาบอดทั้งสองข้าง	–
– ตามัวมองเห็นไม่ชัดเจน	5
การได้ยิน	
– หูหนวก	–
– หูตึง	3
การได้กลิ่น	
– ไม่สามารถรับรู้กลิ่นต่าง ๆ	–
การรับรส	
– ไม่สามารถรับรู้รส	–
รวม	8

จากตาราง 8 ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ **มีการสูญเสีย** – การรับความรู้สึกทั้งหมด ร้อยละ 8 โดยเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางการมองเห็น คือ ตามัวมองเห็นไม่ชัดเจน ร้อยละ 5 และเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางการได้ยิน คือ หูตึง ร้อยละ 3 และไม่มีผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางการได้กลิ่นและการรับรส

Copyright by Mahidol University

ตาราง 9 ร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามสภาวะทางระบบประสาท (N = 100)

สภาวะทางระบบประสาท	ร้อยละ
เคยได้รับความกระทบกระเทือนทางสมอง	
– หมดสติไปชั่วระยะเวลาสั้น ๆ ชั่วกรู่จนถึง 1 ชั่วโมง	2
– หมดสตินานกว่า 1 ชั่วโมงหรือเป็นวัน ๆ	3
– มีอาการเพ้อเจ้อหลังฟื้นจากหมดสติ	–
ผู้ป่วยบอกหรือมีประวัติโรคของสมอง	–
เป็นโรคหรือได้รับบาดเจ็บของไขสันหลังและ/หรือประสาทไขสันหลังที่ระดับ	
– เอว	2
– ทรวงอก	1
การเสียการรับความรู้สึก	
– แหลม ทู่	1
– แผ่ว เบา และ แหลม ทู่	1
– ไม่รู้สึกร้อน เย็น หรือแรงกดต่าง ๆ	2
ตำแหน่งที่สูญเสียการรับความรู้สึก	
– ตั้งแต่ข้อเท้าทั้งสองข้างลงไป	2
– ด้านข้าง 2 x 19 ซม. ใต้แผลผ่าตัดที่ต้นขาซ้าย	1
– ด้านข้างของต้นขาซ้าย 2 x 12 ซม. ใต้แผลผ่าตัด	1
มีความผิดปกติของการเคลื่อนไหว	
– เคลื่อนไหวขาทั้งสองข้างไม่ได้เลย	1
– กล้ามเนื้อขาซ้ายอ่อนแรงเป็นอัมพาตและลีบเล็ก	2
– มีการสั่นพริ้วของกล้ามเนื้อ	8

Copyright by Mahidol University

จากตาราง 9 ผู้ป่วยลอรโธปิดิกส์ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีรสั่นพริ้วของกล้ามเนื้อ ร้อยละ 8 และรองลงมาเป็นผู้ป่วยที่เกยหมดสติน้านกว่า 1 ชั่วโมง หรือเป็นวัน ๆ ร้อยละ 3

ตาราง 10 ร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามตัวความเกรียดเฉพาะที่เกิดขึ้น (N = 100)

ตัวความเกรียดเฉพาะ	ร้อยละ
ทางด้านจิตใจ	
รู้สึกไม่สุขสบายใจเพิ่มมากขึ้น	49
ทางด้านร่างกาย	
มีไข้สูงเกือบตลอดเวลา (T > 38.5° C และติดต่อ > 7 วัน)	17
มีความเจ็บปวดเกือบตลอดเวลา	9
เป็นโรคกระดูกหรือโรคอื่น ๆ เรื้อรัง เป็นๆหายๆมานาน 2 ปี หรือมากกว่า	6
มีโรคแทรกซ้อนทางกายอื่น ๆ	5

จากตาราง 10 ผู้ป่วยลอรโธปิดิกส์ ส่วนใหญ่รู้สึกไม่สุขสบายใจเพิ่มมากขึ้น มีจำนวนมากที่สุด คือ ร้อยละ 49 มีตัวความเกรียดด้านร่างกาย รองลงมามีไข้สูงเกือบตลอดเวลา ร้อยละ 17

Copyright by Mahidol University

ตาราง 11 **ร้อยละของผู้ป่วย** จำแนกตามการขาดปัจจัยที่บอกให้ทราบเวลา (N = 100)

ขาดปัจจัยที่บอกให้ทราบเวลา	ร้อยละ
ไม่มีปฏิทิน	84
ไม่มีโทรทัศน์	61
ไม่มีนาฬิกา	49
ไม่มีวิทยุ	40
เปิดไฟตลอดเวลา	–

จากตาราง 11 ผู้ป่วยคลอรโธปิดิกส์ ส่วนใหญ่ที่ขาดปัจจัยบอกให้ทราบเวลาไม่มีปฏิทิน มีจำนวนมากที่สุดคือ ร้อยละ 84 รองลงมาไม่มีโทรทัศน์ ร้อยละ 61 ไม่มีนาฬิกา ร้อยละ 49 ไม่มีวิทยุ ร้อยละ 40 และไม่มีการเปิดไฟตลอดเวลาเลย

Copyright by Mahidol University

ตาราง 12 **ร้อยละของผู้ป่วย** จำแนกตามการมีผู้มาเยี่ยม (N = 100)

การมีผู้มาเยี่ยม	ร้อยละ
สม่ำเสมอ	65
นาน ๆ ครั้ง	22
ไม่สม่ำเสมอ	12
ไม่มีเลย	1
รวม	100

กรมสงเคราะห์ LIBRARY DIVISION

จากตาราง 12 ผู้ป่วยถอรโธปิดิกส์ ส่วนใหญ่มีผู้มาเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอ มีจำนวนมากที่สุด คือ ร้อยละ 65 รองลงมามีผู้มาเยี่ยมนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 22 มาเยี่ยมไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 12 และไม่มีผู้มาเยี่ยมเลย มีจำนวนน้อยที่สุดคือร้อยละ 1

ตาราง 13 บุคคลที่มาพูดคุยด้วยตามลำดับจากมากไปน้อยตามลำดับ (N = 100)

บุคคลที่มาพูดคุยด้วย	ลำดับ
– ผู้ป่วยข้างเตียง	1
– เพื่อนฝูงและญาติ	2
– เจ้าหน้าที่	3

จากตาราง 13 บุคคลที่มาพูดคุยด้วยกับผู้ป่วยถอรโธปิดิกส์ตามลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ ผู้ป่วยข้างเตียงมาพูดคุยกับผู้ป่วยเป็นลันดับ 1 ลันดับ 2 เป็นเพื่อนฝูงและญาติ – และเจ้าหน้าที่มาพูดคุยกับผู้ป่วยน้อยที่สุดเป็นลันดับที่ 3

Copyright by Mahidol University

ตาราง 14 **ร้อยละของผู้ป่วย** จำแนกตามการมาพูดคุยของเจ้าหน้าที่ (N = 100)

การมาพูดคุยของเจ้าหน้าที่	ร้อยละ
ผ่านมาก็ทักทายหรือเมื่อผู้ป่วยเรียกเวลามีปัญหา	58
สม่ำเสมอ	15
นาน ๆ ครั้ง	14
ไม่มีเลย	9
ไม่สม่ำเสมอ	4
รวม	100

จากตาราง 14 การมาพูดคุยของเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์นั้น ส่วนใหญ่เป็นการผ่านมาก็ทักทายหรือเมื่อผู้ป่วยเรียกเวลามีปัญหา มีจำนวนมากที่สุด คือ ร้อยละ 58 รองลงมามีเจ้าหน้าที่มาพูดคุยสม่ำเสมอ ร้อยละ 15 มีเจ้าหน้าที่มาพูดคุยนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 14 คิดเป็นอัตราส่วนจากมากไปน้อยตามลำดับ คือ 4.14 : 1.07 : 1

Copyright by Mahidol University

ตาราง 15 **ร้อยละของผู้ป่วย** จำแนกตามระยะเวลาของการนอนหลับใน 1 วัน (N = 100)

ระยะเวลา	ร้อยละ
6 – 12 ชม.	69
น้อยกว่า 6 ชม.	30
มากกว่า 12 ชม.	1
รวม	100

จากตาราง 15 ผู้ป่วยกลุ่มโรคปัญญาอ่อน ส่วนใหญ่มีระยะเวลาของการนอนหลับใน 1 วัน 6 – 12 ชม. มีจำนวนมากที่สุด คือร้อยละ 69 รองลงมาระยะเวลาของการนอนหลับน้อยกว่า 6 ชม. ร้อยละ 30 และนอนหลับมากกว่า 12 ชม. มีจำนวนน้อยที่สุด คือ ร้อยละ 1

ตาราง 16 **ร้อยละของผู้ป่วย** จำแนกตามความสามารถของเด็กสิ่งแวดล้อมภายนอก (N = 100)

ความสามารถมองเห็นสิ่งแวดล้อมภายนอก	ร้อยละ
ไม่ได้	81
ได้	14
เล็กน้อย	5
รวม	100

Copyright by Mahidol University

จากตาราง 16 ผู้ป่วยออกรโธปิดิกส์ในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ไม่สามารถมองเห็นสิ่งแวดล้อมภายนอก จำนวนมากที่สุด คือ ร้อยละ 81 รองลงมาสามารถเห็นสิ่งแวดล้อมภายนอก ร้อยละ 14 และสามารถเห็นสิ่งแวดล้อมภายนอกได้เล็กน้อย มีจำนวนน้อยที่สุด คือร้อยละ 5

ตาราง 17 **ร้อยละของผู้ป่วย** จำแนกตามระดับเสียงในตึกตามความคิดเห็นของผู้ป่วย (N = 100)

ระดับเสียงในตึก	ร้อยละ
ปกติ	77
ดังมากไป	19
เงียบ	4
รวม	100

จากตาราง 17 ผู้ป่วยออรโธปิดิกส์ ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าระดับเสียงในตึกมีระดับปกติ มากที่สุด คือ ร้อยละ 77 รองลงมามีระดับเสียงดังมากไป ร้อยละ 19 และระดับเสียงเงียบ มีจำนวนน้อยที่สุด คือร้อยละ 4

Copyright by Mahidol University

3. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในภาวะการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์

ตาราง 18 ร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามลักษณะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและตัวความเครียดเฉพาะที่เกิดขึ้น (N = 100)

ลักษณะการเปลี่ยนแปลง	ตัวความเครียดเฉพาะที่เกิดขึ้น			จำนวน : ร้อยละ	
	ไข้ (N=16)	ความเจ็บปวด (N=8)	ไข้และความเจ็บปวด (N=1)	(N=25)	
วิตกกังวล	16	8	1	25	100
เปื่อหน่าย	15	8	1	24	96
ต้องการเข้าสังคม	13	8	1	22	88
ประสาทหลอน	11	7	1	19	76
การมณ์ไม่คงที่	8	7	1	16	64
รู้สึกถูกแยกจากบุคคลอื่น	8	6	1	15	60
ซึมเศร้า	9	3	1	13	52
สูญเสียสมาธิ	9	2	1	12	48
ฝันกลางวัน	8	3	1	12	48
ต่อต้าน	7	4	–	11	44
หลงผิด	6	5	–	11	44
ไม่ยินดียินร้าย	5	5	–	10	40
หงุดหงิด	4	4	–	8	32
ไม่รู้กาละเทศะ	5	2	–	7	28
สูญเสียความทรงจำ	6	1	–	7	28

Copyright by Mahidol University

ลักษณะการเปลี่ยนแปลง	ตัวความเครียดเฉพาะที่เกิดขึ้น			จำนวน	ร้อยละ
	ไข้ (N=16)	ความเจ็บปวด (N=8)	ไข้และความเจ็บปวด (N=1)	(N=25)	
การประสานหน้าที่ของการเคลื่อนไหว	-	-	-	-	-
ก้าวร้าว	-	-	-	-	-
การให้เหตุผล	-	-	-	-	-
การรับรู้เกี่ยวกับสี	-	-	-	-	-
แปลภาพผิด	-	-	-	-	-

จากตาราง 18 ผู้ป่วยที่มีไข้และความเจ็บปวดทุกคนมีพฤติกรรมวิตกกังวล และมีพฤติกรรมอย่างอื่นร่วมด้วยมากน้อยตามลำดับ คือ เปื่อหน่าย ร้อยละ 96 ตัดการเข้าสังคม ร้อยละ 88 ประสาทหลอน ร้อยละ 76 อารมณ์ไม่คงที่ ร้อยละ 64 และลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่ไม่พบในผู้ป่วย คือ ความผิดปกติในการเคลื่อนไหว ก้าวร้าว ไม่สามารถให้เหตุผลได้ การรับรู้เกี่ยวกับสีเปลี่ยนแปลง และแปลภาพผิด

Copyright by Mahidol University

ตาราง 19 ร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามลักษณะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และผู้สูญเสียการรับการกระตุ้นทาง ตา หู และผู้ไม่สูญเสียการรับการกระตุ้นทางเซนซอรี่ (N = 100)

ลักษณะการเปลี่ยนแปลง	ผู้สูญเสียการรับการกระตุ้นทาง ตา,หู (N=8 ราย)	ผู้ไม่สูญเสียการรับการกระตุ้นทางเซนซอรี่ (N=92)	ร้อยละ
วิตกกังวล	8	92	100
ต้องการเข้าสังคม	8	87	95
เบื่อหน่าย	8	85	93
สูญเสียสมาธิ	7	71	78
ประสาทหลอน	7	69	76
อารมณ์ไม่คงที่	8	61	69
รู้สึกถูกแยกจากบุคคลอื่น	4	60	64
ฝันกลางวัน	5	56	61
ซึมเศร้า	3	50	56
ไม่ยินดียินร้าย	4	41	45
ไม่รู้กาละเทศะ	3	38	41
ต่อต้าน	4	35	39
หงุดหงิด	4	34	38
หลงผิด	2	28	30
สูญเสียความทรงจำ	3	24	27

Copyright by Mahidol University

ลักษณะการเปลี่ยนแปลง	ผู้สูญเสียการรับการกระตุ้นทาง ตา, หู (N= 8 ราย)	ผู้ไม่สูญเสียการรับการกระตุ้นทางเซนซอรี่ (N = 92)	ร้อยละ
การประสานหน้าที่การเคลื่อนไหว	–	–	–
ก้าวร้าว	–	–	–
การให้เหตุผล	–	–	–
การรับรู้เกี่ยวกับสี	–	–	–
แปลภาพผิด	–	–	–

จากตาราง 19 ผู้ป่วยออรโธปิดิกส์ที่มีการสูญเสียการรับการกระตุ้นทาง ตา, หู ร้อยละ 8 และผู้ไม่สูญเสียการรับการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ ร้อยละ 92 เมื่อรวมทั้งสองกลุ่มแล้ว ส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลมากที่สุด คือ ร้อยละ 100 รองลงมาผู้ป่วยต้องการเข้าสังคม ร้อยละ 95 เบื่อหน่าย ร้อยละ 93 สูญเสียสมาธิ ร้อยละ 78 ประสาทหลอน ร้อยละ 76 อารมณ์ไม่คงที่ ร้อยละ 69 รู้สึกถูกแยกจากบุคคลอื่น ร้อยละ 64 ฝันกลางวัน ร้อยละ 61 ซึมเศร้า ร้อยละ 56 ส่วนลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่ไม่พบในผู้ป่วย คือ มีความผิดปกติในการประสานหน้าที่ของการเคลื่อนไหว ก้าวร้าว ไม่สามารถให้เหตุผลได้ การรับรู้เกี่ยวกับสีเปลี่ยนแปลง และแปลภาพผิด

Copyright by Mahidol University

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยกลอโธปิดิกส์ส่วนใหญ่อายุตั้งแต่ 13 - 30 ปี ร้อยละ 69 เป็นชายมากกว่าหญิง เป็นอัตราส่วน 9 : 1 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 49 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98 เหตุที่นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนมากเพราะประชากรที่ใช้ศึกษาเป็นคนไทยซึ่งส่วนใหญ่เป็นพุทธศาสนิกชน และได้รับการรักษาหลายอย่างที่ตำแหน่งเดียวกัน เนื่องจากการรักษามีหลายอย่าง เช่น เข้า Traction ทำ Internal Fixation และอาจต้องเข้าเฝือกอยู่หรือเข้า Traction อีกครั้งภายหลังผ่าตัด จำนวนวันของการรักษาดังกล่าวข้างต้นอยู่ระหว่าง 8 - 29 วัน ร้อยละ 58

อนึ่งพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาที่ตำแหน่งขาขวาหรือขาซ้ายอย่างเดียว ร้อยละ 37 และ 24 ตามลำดับ และมีความถนัดมือขวามากถึง ร้อยละ 81 เมื่อถูกจำกัดอยู่บนเตียงผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้เป็นส่วนมาก ร้อยละ 59 ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหรือนอนไม่หลับ ส่วนใหญ่จะได้รับยาแก้ปวดและ/หรือยากล่อมประสาทตั้งแต่ 2 อย่างขึ้นไป ทั้งนี้เพราะยาแก้ปวดมีหลายอย่างซึ่งการออกฤทธิ์แตกต่างกันและความเจ็บปวดของผู้ป่วยไม่เท่ากันในแต่ละบุคคล

ผู้ป่วยกลอโธปิดิกส์ที่มีการสูญเสียการรับความรู้สึก และมีความผิดปกติทางระบบประสาท พบได้น้อยมาก ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในสภาวะของระบบประสาทได้ถูกแยกออกไปอยู่ที่อื่นผู้ป่วยโรคระบบประสาท

Copyright by Mahidol University

ผู้ป่วยที่มาอยู่โรงพยาบาลจะรู้สึกไม่สุขสบายใจเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 49 และสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลก็ขาดปัจจัยที่บกกให้ทราบเวลา คือ ไม่มีปฏิทิน พบได้มากถึงร้อยละ 84 และพบว่าไม่มี โทรทัศน์ นาฬิกา และวิทยุ ร้อยละ 61, 49 และ 40 ตามลำดับ แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่โชคดีมากที่มีผู้มาเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 65 และมีผู้ป่วยเพียง 1 ราย เท่านั้นที่ไม่มีผู้มาเยี่ยม เพราะบ้านอยู่ต่างจังหวัดซึ่งห่างไกลจากกรุงเทพมหานคร และญาติทางบ้านไม่ได้ทราบเรื่องราวของผู้ป่วย

บุคคลที่มาพูดคุยกับผู้ป่วยเรียงลำดับจากมากไปน้อย คือ ผู้ป่วยข้างเตียง เพื่อนฝูงและญาติ และเจ้าหน้าที่ ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยข้างเตียงมีความสนิทสนมกับผู้ป่วยมากกว่า ส่วนเจ้าหน้าที่มีเวลาน้อย หรืออาจเนื่องจากไม่ได้ใส่ใจหรือการไม่รู้ เจ้าหน้าที่เข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วยนั้นเป็นเพียงการผ่านมาก็ทักทาย หรือเข้ามาพูดคุยเมื่อผู้ป่วยเรียกเวลามีปัญหา ซึ่งพบเป็นจำนวนมากถึงร้อยละ 58 ดังนั้นพยาบาลควรเป็นบุคคลที่เข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วยให้มากที่สุด ในการพูดคุยนั้น "พยาบาลอาจให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพยาบาล ที่สอดคล้องกับการรักษา การดูแลตนเองของผู้ป่วยทั้งในขณะนี้และที่บ้าน ผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อการดำรงชีวิตประจำวัน ภาวะแทรกซ้อนของความเจ็บป่วย และการป้องกันความเจ็บป่วยที่อาจจะเกิดขึ้น " [1]

---

[1] Nola J. Pender, " Patient Identification of Health Information Received During Hospitalization " Nursing Research, Vol.23, No.3 (May - June, 1974), p. 262 - 7

Copyright by Mahidol University

สำหรับเวลาของการนอนหลับต่อวัน ผู้ป่วยออรโธปิดิกส์ส่วนใหญ่ได้รับการพักผ่อนเพียงพอ คือ 6 – 4 ชั่วโมง ร้อยละ 69 และนอนหลับน้อยกว่า 6 ชั่วโมง ร้อยละ 30 ทั้งนี้อาจเนื่องจากสิ่งแวดล้อมเป็นสำคัญ ดังนั้นพยาบาลควรจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยออรโธปิดิกส์ได้นอนหลับมากขึ้น ในผู้ป่วยบางรายนอนหลับได้น้อยอาจเนื่องจาก การมีไข้และความเจ็บปวด ที่ทำให้ไม่สุขสบาย เพราะฉะนั้นพยาบาลต้องหาสาเหตุและกำจัดสาเหตุนั้น ๆ

การจัดตั้งเตียงภายในตึกออรโธปิดิกส์นั้น เมื่อผู้ป่วยนอนพักบนเตียงแล้วไม่สามารถมองเห็นสิ่งแวดล้อมภายนอกได้ ร้อยละ 81 ทั้งนี้เพราะตึกผู้ป่วยออรโธปิดิกส์แผนกสามัญนั้น การจัดตั้งเตียงไม่สามารถจัดให้เห็นสิ่งแวดล้อมภายนอกได้ เพราะฉะนั้นการจัดตั้งเตียงเป็นเพียงให้เห็นกิจกรรมของคนอื่น ๆ ซึ่งอาจเป็นสิ่งกระตุ้นไม่ค่อยมีคุณภาพ ดังนั้นพยาบาลต้องตระหนักในเรื่องนี้โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่สามารถไปไหนมาไหนได้ ให้จัดตั้งเตียงไว้ให้มองเห็นกิจกรรมต่าง ๆ มีคนมาพูดคุยด้วยบ่อย ๆ และถ้าผู้ป่วยต้องนอนอยู่คนเดียวขยับไม่ได้ ต้องหาสิ่งอื่นมาระคายเคือง

ผู้ป่วยออรโธปิดิกส์ทั้งผู้ที่สูญเสียและผู้ไม่สูญเสียการรับการกระตุ้นทางเซนซอรีย์มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในรายละเอียดของแต่ละพฤติกรรมดังนี้ ทางการเคลื่อนไหว โดยพยายามดึงเฝือกหรือ – traction ร้อยละ 24 พยายามที่จะลุกนั่งหรือลุกไปถ่ายน้ำเอง ที่ห้องน้ำเมื่อแพทย์ต้องการให้นอนพักบนเตียง ร้อยละ 21 ส่วนพฤติกรรมวิตกกังวลนั้น ผู้ป่วยนอนไม่ค่อยหลับและตื่นกลางดึกเสมอ ๆ ร้อยละ 95 รู้สึกไม่ยินดียินร้ายโดยเฉยเมยไม่รู้สึกอยากจะพูดอะไร ร้อยละ 41 เบื่อหน่ายโดยเบื่อหน่ายและรำคาญที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาล ร้อยละ 68 รู้สึกว่าตนเองถูกแยกจากบุคคลอื่น ๆ ร้อยละ 48 มี–

Copyright by Mahidol University

อารมณ์ไม่คงที่ โดยรู้สึกว่าตนเองกลายเป็นคนใจน้อย ร้อยละ 51 ซึม-เศร้าโดยรู้สึกว่าตนเองด้อยกว่าบุคคลอื่น ๆ ร้อยละ 41 มีพฤติกรรมหลง-ผิดโดยคิดว่าตนเองได้ทำสิ่งที่ผิดบาป ร้อยละ 27 ต้องการเข้าสังคม-โดยต้องการให้เพื่อนและญาติมาเยี่ยมทุกวัน ร้อยละ 94

ผู้ป่วยบางรายมีพฤติกรรมประสาทหลอน โดยรู้สึกเหมือนมี-อะไรมาไต่บนผิวหนังทั้งที่ไม่มีอะไรมาไต่จริง ร้อยละ 63 สูญเสียสมาธิ-โดยไม่สามารถพูดกลุ่มตัวเลขตามผู้สัมภาษณ์ได้ถึง 6 คำ หรือพูดกลับได้ 4 คำ มากถึงร้อยละ 75 สูญเสียความทรงจำ โดย สืมเหตุการณ์-ที่เกิดขึ้นเมื่อเร็ว ๆ นี้ เช่น ไม่สามารถบอกได้ว่า อาหารมื้อล่าสุด ที่ผู้ป่วยรับประทานมีอะไรบ้าง ร้อยละ 24 ไม่รู้กาละเทศะโดยไม่ -สามารถบอกวัน เดือน ปี ในขณะนี้ได้ ร้อยละ 41

ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากกว่า 1 อย่างขึ้นไป กล่าวคือ ทุกคนมีความวิตกกังวล และมีพฤติกรรมอื่นร่วมด้วยมากน้อย -ต่างกันไป คือ

จากผลการวิจัยสามารถสรุปปัญหาได้ดังนี้

ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ สามารถจัด ลำดับความสำคัญได้ดังนี้

ปัจจัยลำดับที่ 1. ผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เนื่องจากการรักษา ที่ได้รับ

2. ขาดปัจจัยที่บอกให้ทราบเวลา
3. ตำแหน่งของเตียง ตั้งอยู่ในที่ซึ่งผู้ป่วยอยู่บนเตียง แล้ว ไม่สามารถมองเห็นสิ่งแวดล้อมภายนอก
4. ผู้ป่วยถูกจำกัดอยู่บนเตียง แต่สามารถช่วยเหลือ ตนเองได้

Copyright by Mahidol University

5. เจ้าหน้าที่เข้ามาติดต่อพูดคุยกับผู้ป่วยน้อยมาก เพียงผ่านมาก็ทักทาย หรือเมื่อผู้ป่วยเรียกเวลามีปัญหา
6. ผู้ป่วยนอนหลับน้อยกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน
7. มีตัวความเครียดเฉพาะเกิดขึ้นเมื่อมาอยู่โรงพยาบาล เช่น มีไข้สูงติดต่อกันนานเกินกว่าหนึ่งสัปดาห์

ส่วนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ค้นพบ สามารถจัดลำดับความสำคัญได้ดังนี้

พฤติกรรมลำดับที่
1. วิตกกังวล
2. ต้องการเข้าสังคม
3. เบื่อหน่าย
4. สูญเสียสมาธิ
5. ประสาทหลอน
6. อารมณ์ไม่คงที่
7. รู้สึกถูกแยกจากบุคคลอื่น
8. ฝันกลางวัน
9. ซึมเศร้า
10. ไม่ยินดียินร้าย
11. ไม่รู้กาละเทศะ
12. ต่อต้าน
13. หงุดหงิด

LIBRARY

Copyright by Mahidol University

14. หลงผิด

15. สูญเสียความทรงจำ

ตอนที่ 2 แนวการพยาบาลผู้ป่วยถอรโซปิดิกส์ในโรงพยาบาล-ที่ขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์

ผู้วิจัยได้เสนอแนะแนวการพยาบาล ตามข้อมูลที่เก็บ-รวบรวมได้ และแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แนวการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะการขาดการกระตุ้นทาง - เซนซอรีย์

จุดประสงค์ของการพยาบาล

1. เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับตัวต่อภาวะการขาด-การกระตุ้นทางเซนซอรีย์

2. เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการกระตุ้นทางเซนซอรีย์อย่างเพียงพอ

แนวการพยาบาลผู้วิจัยได้เสนอ ตามปัจจัยส่งเสริมให้เกิด-การขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ที่ค้นพบ สามารถจัดลำดับความสำคัญ-ได้ดังนี้

ปัจจัยลำดับที่ 1 ผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เนื่อง-จากการรักษาที่ได้รับ

Copyright by Mahidol University

กิจกรรมการพยาบาล

ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกในกลุ่มตัวอย่างทุกรายถูกจำกัดการเคลื่อนไหวส่วนของร่างกายมากน้อยแตกต่างกัน ตามแผนการรักษา ดังนั้น พยาบาลต้องเพิ่มการเคลื่อนไหวในส่วนที่เคลื่อนไหวได้ สำหรับส่วนที่เคลื่อนไหวไม่ได้พยาบาลอาจต้องดูแลให้ผู้ป่วยเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณนั้น เป็นต้น ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวมักไม่เข้าใจในเรื่องการรักษาที่ได้รับ ทั้งนี้อาจเพราะไม่ได้มีการอธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดของการจำกัดการเคลื่อนไหวให้ผู้ป่วยรับทราบ พยาบาลต้องทำให้ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกเข้าใจความหมายของสิ่งกระตุ้นที่เข้าได้รับ โดยการอธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบทุกครั้ง ในเรื่องการรักษาของแพทย์ การปฏิบัติการพยาบาล และเครื่องมือต่าง ๆ ที่ใช้กับตัวผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยต้องได้รับการเข้าเฝือกที่ขาขวา พยาบาลต้องอธิบายวิธีการเข้าเฝือก ระยะเวลาที่อยู่ในเฝือก ตลอดจนการปฏิบัติตนระหว่างอยู่ในเฝือก เพื่อผู้ป่วยจะได้ทราบว่ามีอะไรบ้างที่จะเกิดขึ้นกับเขา พยาบาลต้องหลีกเลี่ยงไม่ใช้ศัพท์เทคนิคหรือคำพูดที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจให้ผู้ป่วยได้ยิน เพราะจะทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจความหมายของสิ่งกระตุ้นนั้น

ปัจจัยลำดับที่ 2 ขาดปัจจัยที่บอกให้ทราบเวลา

ในตึกผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกในโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่งนั้น มีปัจจัยที่บอกให้ทราบเวลา เช่น นาฬิกา ปฏิทิน โทรทัศน์ หรือวิทยุ ซึ่งจะอยู่เฉพาะในที่ทำการของพยาบาล และผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้ยาก การที่ผู้ป่วยไม่สามารถมองเห็นสิ่งเหล่านี้ได้ ผู้วิจัยถือว่าผู้ป่วยได้ขาดปัจจัยที่บอกให้ทราบเวลา

Copyright by Mahidol University

ในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่งนั้น สามารถจัดหาสิ่งแวดล้อมที่บอกเวลาได้ เช่น ปฏิทิน อาจนำมาไว้ในตึกผู้ป่วยที่ให้ผู้ป่วยมองเห็นได้สัก 3 แห่ง คือ แถวเตียงต้น ๆ กลาง และท้าย ๆ และพยาบาลควรนำเวลามาพูดในการสนทนากับผู้ป่วยด้วย เช่น " ฉันจะกลับมานั่งคุยกับคุณเวลาบ่ายโมงตรง " เป็นต้น

และถ้าเป็นไปได้ผู้วิจัยเห็นว่า พยาบาลควรจัดสิ่งแวดล้อมที่บอกให้ทราบเวลา เช่น นาฬิกา ปฏิทิน ไว้ในที่ซึ่งผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้ง่าย [1,2,3] พยาบาลควรจัดให้มีโทรทัศน์หรือวิทยุประจำตึกผู้ป่วย ตลอดจนจัดตารางเวลาในการเปิดโทรทัศน์หรือวิทยุให้ผู้ป่วยรับทราบ รายการที่เปิดควรเป็นรายการที่ผู้ป่วยสนใจ [4]

พยาบาลสามารถทำให้ผู้ป่วยทราบการผ่านของเวลามากขึ้น โดยการจัดสิ่งแวดล้อมให้ทราบเวลากลางวันและกลางคืน สำหรับเวลากลางวันควรเปิดไฟและให้มีแสงอาทิตย์ส่องเข้ามาได้ ส่วนเวลากลางคืนให้ปิดไฟจะทำให้ผู้ป่วยทราบว่า เมื่อใดเป็นเวลากลางวันหรือกลางคืน [5]

---

[1] Cameron, et al., Op. cit.,

[2] Herth, Op. cit.,

[3] Mitchell, Op. cit., p. 329.

[4] Ibid.,

[5] Herth, Op. cit.,

Copyright by Mahidol University

บัจจัยลำดับที่ 3 ตำแหน่งของเตียง ตั้งอยู่ในที่ซึ่งผู้ป่วยอยู่บนเตียงแล้วไม่สามารถมองเห็นสิ่งแวดล้อมภายนอก

กิจกรรมการพยาบาล

เนื่องจากสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่งนั้น โอกาสที่พยาบาลจะจัดเตียงผู้ป่วยให้อยู่ใกล้หน้าต่าง และสามารถมองเห็นกิจกรรมต่าง ๆ ได้นั้นค่อนข้างยาก เพราะแต่ละแห่งถ้าเปิดหน้าต่างจะมองเห็นผนังตึกอื่น นอกจากโรงพยาบาลพุทธชินราชเท่านั้น ที่พอจะจัดผู้ป่วยให้เห็นสิ่งแวดล้อมภายนอกได้เพียงเล็กน้อย

เมื่อมีปัญหานี้เกิดขึ้น พยาบาลของโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง สามารถแก้ไขได้โดย การจัดท่า นวดหลัง และช่วยพลิกตัวผู้ป่วยบ่อย ๆ เท่าที่เป็นไปได้ เป็นการเพิ่มการเคลื่อนไหวในส่วนที่สามารถเคลื่อนไหวได้ เพิ่มการสัมผัส และทำให้ลานสายตาของผู้ป่วยกว้างขึ้นในรายที่ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวเองได้ และจัดให้เตียงอยู่ใกล้ผู้ป่วยที่พูดคุยเก่งจะทำให้ผู้ป่วยต้องติดตามเพื่อที่จะพูดคุยกับผู้ป่วยอื่นได้ด้วย ตลอดจนพยาบาลเองควรจะมาเป็นคนคอยพูดคุย ให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และอ่านหนังสือให้ผู้ป่วยฟังสิ่งนี้เป็นการเพิ่มสิ่งกระตุ้นทางการมองเห็นและการได้ยิน

บัจจัยลำดับที่ 4 ผู้ป่วยถูกจำกัดอยู่บนเตียง แต่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

กิจกรรมการพยาบาล

การที่ผู้ป่วยถูกจำกัดอยู่บนเตียง อาจทำให้ผู้ป่วย

Copyright by Mahidol University

รู้สึกอึดอัด ตลอดจนสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล เป็นสิ่งแวดล้อมที่แปลกใหม่สำหรับผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลต้องทำให้ผู้ป่วยคุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมใหม่ของโรงพยาบาลโดยอนุญาตให้ผู้ป่วยนำสิ่งที่คุ้นเคย เช่น รูปภาพ หมอนที่ผู้ป่วยถนัดมาไว้ใกล้ ๆ สวมเสื้อผ้าและเสื้อนอนของตนเองเท่าที่เป็นไปได้ ในขณะที่อยู่โรงพยาบาล อาหารควรเป็นอาหารที่ผู้ป่วยเคยชินซึ่งไม่ขัดต่อการรักษาของแพทย์ และอนุญาตให้ญาติและเพื่อนเยี่ยมได้พิเศษเป็นครั้งคราว เป็นต้น

เนื่องจากผู้ป่วยถูกจำกัดอยู่บนเตียง ดังนั้นควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นที่เหมาะสม สอนให้ผู้ป่วยออกกำลังกายโดยไม่กระทบกระเทือนต่อแผนการรักษาของแพทย์ เช่น การเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณที่เข้าเฝือก เป็นต้น พยาบาลต้องไม่ขัดขวางการแสดงออกที่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้อื่นของผู้ป่วย ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้วิธีกระตุ้นตนเอง (self - stimulation technique) ในการแสดงออก เช่น การฮัมเพลง การพูดคุยทบทวนความจำ

สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ได้ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว และช่วยเหลือตนเองได้ พยาบาลต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมที่จะมีโอกาสติดต่อสังสรรค์กับบุคคลอื่นบ้าง เช่น การเดินโดยใช้ไม้ค้ำยันรักแร้ นั่งรถเข็นเดินเล่น ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

การพยาบาลดังได้กล่าวนี้ เป็นการเพิ่มสิ่งกระตุ้นที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรโบติกส์

<u>ปัจจัยลำดับที่ 5</u> เจ้าหน้าที่เข้ามาติดต่อพูดคุยกับผู้ป่วยน้อยมาก เพียงผ่านมาก็ทักทายหรือเมื่อผู้ป่วยเรียกเวลามีปัญหา

Copyright by Mahidol University

กิจกรรมการพยาบาล

พยาบาลเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด จึงต้องเข้ามาพูดคุยกับผู้ป่วยมากกว่าบุคคลอื่น การพูดคุยนั้นต้องเป็นเรื่องที่ผู้ป่วยทราบดี เช่น ครอบครัว บ้านเกิด และสิ่งแวดล้อมปัจจุบัน ตลอดจนให้ผู้ป่วยอ่านหนังสือพิมพ์หรือแมกกาซีน เพื่อเข้ากลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน การกระทำนี้เป็นประโยชน์ทั้งการป้องกันและการรักษา [1]

การเข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วยนั้น พยาบาลต้องแนะนำตนเอง เรียกชื่อผู้ป่วยทุกครั้งที่เริ่มต้นสนทนา สนทนากับผู้ป่วยด้วยถ้อยคำที่สุภาพอ่อนโยนสัมผัสมือผู้ป่วยขณะสนทนา ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นมากยิ่งขึ้น

ปัจจัยลำดับที่ 6 ผู้ป่วยนอนหลับน้อยกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน

กิจกรรมพยาบาล

การนอนหลับน้อยกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน เป็นการนอนหลับที่น้อยกว่าปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วย แต่ทั้งนี้พยาบาลต้องประเมินความต้องการในการนอนหลับของแต่ละบุคคลด้วย การนอนหลับที่น้อยกว่าปกตินี้ สามารถป้องกันได้โดย การจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบเวลานอน จัดที่นอนและถาบนำให้ เพื่อผู้ป่วยจะได้รู้สึกสบายตัวและหลับนอนได้อย่างเพียงพอ และดูว่ามีสาเหตุอื่นที่ทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับ

---

[1] Ibid.,

Copyright by Mahidol University

หรือเปล่า เช่น มีไข้ เจ็บปวด เพื่อให้การช่วยเหลือได้ตามจุดมุ่งหมาย

ปัจจัยลำดับที่ 7 มีความเครียดเฉพาะเกิดขึ้นเป็นมาอยู่โรงพยาบาล เช่น มีไข้สูงติดต่อกันนานเกินกว่าหนึ่งสัปดาห์

กิจกรรมการพยาบาล

จากการศึกษาพบว่า ความเครียดที่เกิดจากผู้ป่วยเอง แม้ว่าไม่เฉพาะเจาะจงอย่างเช่นการมีไข้ แต่พบว่าความเครียดนั้นเกิดขึ้นจากความรู้สึกของตนเอง อันเนื่องจากความแปลกใหม่ต่อสถานที่ บุคคล และสิ่งแวดล้อม ดังนั้นพยาบาลต้องรู้จักเทคนิควิธีการในการประเมินภาวะจิตสังคมของผู้ป่วย โดยต้องสังเกตและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อจะได้ทราบปัญหาของผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม และป้องกันการเกิดความไม่สบายใจได้ตรงตามเป้าหมาย ถ้าผู้ป่วยเกิดความไม่สบายใจเพิ่มมากขึ้น พยาบาลต้องหาสาเหตุของปัญหาและให้การพยาบาลต่อไป

สำหรับผู้ป่วยที่มีไข้ติดต่อกันนานเกินกว่าหนึ่งสัปดาห์นั้น ไข้จะมีผลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้รับประทานอาหารได้น้อย กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ ดังนั้นหน้าที่ของพยาบาลก็คือ การดูแลและเฝ้าระวังไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการไข้เกิดขึ้น และถ้าผู้ป่วยมีอาการไข้เกิดขึ้นแล้ว ก็ดูแลให้เป็นไปตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อกำจัดต้นเหตุของการเกิดไข้นั้น

ส่วนที่ 2 แนวการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ในโรงพยาบาลที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้น จากภาวะการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์

ผู้วิจัย ได้เสนอแนวการพยาบาล ตามกลุ่มของการเปลี่ยน-

Copyright by Mahidol University

แปลงพฤติกรรม และต้องใช้ควบคู่กับการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดการขาดการกระตุ้นทางเซนซกรีย์ ในส่วนที่ 1 การพยาบาลตามกลุ่มของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีดังนี้

พฤติกรรม 1 ผู้ป่วยแสดงความวิตกกังวล

จุดประสงค์ของการพยาบาล 1.1 เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย

กิจกรรมการพยาบาล

เนื่องจากสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล เช่น เสียงร้องของผู้ป่วยอื่นที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ ควรอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าเสียงนั้นเป็นเสียงอะไร ถ้าผู้ป่วยต้องการไปดูต้นเหตุของเสียงนั้น พยาบาลควรพาผู้ป่วยไปดู

ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมการรักษาพยาบาล ถึงแม้ว่าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมกิจกรรมนั้นได้ เขาก็อาจตัดสินใจได้ว่า จะมีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้นเมื่อไรและอย่างไร เช่น การอาบน้ำ การทำแผล ก็ตกลงกับผู้ป่วยว่าจะทำเวลาใดดี

ถ้าผู้ป่วยวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้น เช่น มีการเข้าเฝือก ควรอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าทำไมต้องทำ ใครจะเป็นคนทำ จะใช้เครื่องมือแบบไหน ผู้ป่วยต้องทำ

Copyright by Mahidol University

อะไรบ้างและจะรู้สึกอย่างไร[1]

จุดประสงค์ของการพยาบาล 1.2 เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นใจขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

แนวการช่วยเหลือตามจุดประสงค์นี้ ต้องพิจารณาด้วยว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกกลัวต่อสิ่งใด พยาบาลจะได้ให้ความช่วยเหลือตามสาเหตุแห่งความกลัวนั้น เช่น ตอนกลางคืนผู้ป่วยมีอาการตกใจกลัว - ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าขณะนั้นเป็นเวลาเท่าไร พระอาทิตย์จะขึ้นเมื่อไร และให้กำลังใจว่าความกลัวจะลดลงในตอนกลางวัน จากนั้น - วางนาฬิกาไว้ในที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้ การที่ผู้ป่วยรับรู้การผ่านของเวลาเป็นการให้ผู้ป่วยมองเห็นจุดมุ่งหมายของเรื่องนี้ และจะเป็นการ - ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย[2]

การประเมินผล

จากการสังเกต พูดคุย ซักถาม ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมวิตกกังวล ลดลง

---

[1]Linda Ree Fraelich Phillips " care of the client with sensoriperceptual problems ", Confusion : Prevention- and Care, ed by Mary Opal Wolanin, and Linda Ree Fraelich Phillips (Saint Louis : The C.V. Mosby Company, 1981),p.194-5

[2]Philips, Op.cit., p.196.

Copyright by Mahidol University

พฤติกรรม 2 ผู้ป่วยต้องการเข้าสังกมหรือติดต่อกับบุคคลอื่น และรู้สึกถูกแยกจากบุคคลอื่น

จุดประสงค์ของการพยาบาล : เพื่อสนับสนุนการมีกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่น และความรู้สึกถูกแยกจากบุคคลอื่นลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

พยาบาลต้องทำให้ผู้ป่วยคุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมใหม่ของโรงพยาบาลดังได้กล่าวแล้วในปัจจัยส่งเสริมลำดับที่ 4 ซึ่งอาจกระทำได้ดังเช่น ผู้ป่วยถูกจำกัดอยู่บนเตียง และอาจให้เอารูปภาพ หมอนหรือของที่ผู้ป่วยคุ้นเคยอยู่ใกล้ตัวมาไว้ใกล้ ๆ จะทำให้รู้สึกอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ตนคุ้นเคย ไม่รู้สึกว่าแปลกต่อสถานที่มาก และการช่วยเหลือผู้ป่วยที่สำคัญ คือ การอนุญาตให้เพื่อนและญาติเยี่ยมได้พิเศษเป็นครั้งคราว – และพยาบาลต้องเข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วยบ่อยครั้งขึ้น

การประเมินผล

ผู้ป่วยบอกได้ว่ามีเพื่อนและญาติ มาเยี่ยมติดต่อพูดคุยด้วยอย่างเพียงพอ และไม่มีความรู้สึกถูกแยกจากบุคคลอื่นต่อไป

พฤติกรรมที่ 3 ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่าย และไม่ยินดียินร้าย

จุดประสงค์ของการพยาบาล : เพื่อลดความรู้สึกเบื่อหน่าย และไม่ยินดียินร้าย

Copyright by Mahidol University

กิจกรรมการพยาบาล

พยาบาลควรเสนอกิจกรรมที่ต้องติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และไม่ซับซ้อนเกินไป ให้ผู้ป่วยเลือกกระทำ และอนุญาตให้หยุกได้ถ้าเขาต้องการ เช่น ดูหนังสือพิมพ์และเข้ากลุ่มสนทนาเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน พยาบาลการชี้ให้ผู้ป่วยเห็นว่าการกระทำเช่นนี้ จะช่วยลดความรู้สึกเปลี่ยวหน่าย

จัดให้มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ในภาวะที่ร่างกายของผู้ป่วยจะทนได้ ถึงแม้ว่าจะอยู่ใน Traction หรือนอนพักบนเตียงก็สามารถให้ออกกำลังกายแบบพาสซีฟ (Passive Mevement) ได้

และให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้เห็นสิ่งแวดล้อมนอกตัวผู้ป่วย เช่น ถ้าผู้ป่วยต้องการนั่งรถเข็นเที่ยวหรือเดินเล่น พยาบาลควรอนุญาตตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย[1]

การประเมินผล

จากการสังเกต ผู้ป่วยกระตือรือร้นที่จะพูดคุยกับบุคคลอื่นมากขึ้น และ ซักถาม พูดคุย ผู้ป่วยบอกรู้สึกเปลี่ยวหน่ายลดลง

พฤติกรรมที่ 4 ผู้ป่วยสูญเสียสมาธิ ฝันกลางวัน และสูญเสียความทรงจำ

จุดประสงค์ของการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีสมาธิ จำได้ดีขึ้น และฝันกลางวันน้อยลง

กิจกรรมการพยาบาล

ให้ผู้ป่วยได้ติดต่อสัมพันธ์พูดคุยกับบุคคลอื่นอยู่เสมอ สนทนา-

---

[1] Ibid., 193 - 4.

Copyright by Mahidol University

ในเรื่องที่ผู้ป่วยคิด สนใจ และมีความหมายสำหรับผู้ป่วย ต้องพูดคุยด้วยถ้อยคำทำนอง และสุ้มเสียงที่อ่อนโยน ช้าพอที่ผู้ป่วยสามารถคิดตามและถามคำถามได้ทันไม่นำหลาย ๆ เรื่องมาพูดปนเปกัน บุคคลที่ร่วมสนทนากับผู้ป่วย ควรเป็นบุคคลที่ตั้งใจฟัง และมีน้ำเสียงกับผู้ป่วย

และช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมความคิดของตนเอง โดยหาปัญหาง่ายๆ มาให้ผู้ป่วยขบคิด เช่น การเล่นหมากฮอส เป็นต้น[1]

การประเมินผล จากการสังเกตพูดคุย ผู้ป่วยมีสมาธิดีขึ้น จำได้และไม่มีฝันกลางวัน

พฤติกรรมที่ 5 ผู้ป่วยรู้สึกประสาทหลอน และหลงผิด

จุดประสงค์ของการพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกตัว (conciousness) ต่อสภาพการณ์ที่เป็นจริง

กิจกรรมการพยาบาล

ผู้ป่วยที่หลงผิดจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองได้ทำสิ่งที่ผิดบาปเป็นการเข้าใจไม่ถูกต้อง และถ้าผู้ป่วยประสาทหลอนซึ่งเป็นการที่ผู้ป่วยเข้าใจไม่ถูกต้องเช่นเดียวกัน ดังนั้นพยาบาลต้องบอกความเป็นจริง และไม่เออออไปกับผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยรู้สึกมีละไรมาไต่บนผิวหนัง พยาบาลต้องบอกให้ผู้ป่วยทราบว่าไม่ได้มีละไรมาไต่จริง ๆ เพื่อที่ผู้ป่วยจะได้ไม่ตอบสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมอย่างผิด ๆ เพราะว่าสิ่งนั้นไม่ได้เกิดขึ้น[2]

---

[1] Ibid., p.195.

[2] Chodil, and Willams, Op.cit.,

Copyright by Mahidol University

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้ตัวต่อสภาพความเป็นจริง ไม่มีพฤติกรรมประสาทหลอนและหลงผิด

พฤติกรรมที่ 6 ผู้ป่วยแสดงอารมณ์ไม่คงที่และหงุดหงิด

จุดประสงค์ของการพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยมีอารมณ์คงที่ ไม่หงุดหงิด

กิจกรรมการพยาบาล

พยาบาลต้องยอมรับความเป็นจริงว่า ผู้ป่วยต้องมีอารมณ์เช่นนี้ในภาวะที่ถูกจำกัดและมีความเครียด ให้ผู้ป่วยระบายบอกถึงความรู้สึกของตนเอง และพยาบาลรับฟังอย่างตั้งใจ จะเป็นการช่วยผู้ป่วยในการหาสาเหตุของอารมณ์เหล่านั้น ตลอดจนผู้ป่วยหาทางออกในการระบายอารมณ์โดยไม่เป็นที่เดือดร้อนแก่ตนเองและบุคคลอื่น เช่น การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย

การประเมินผล

จากการสังเกต พูดคุย ผู้ป่วยไม่มีอารมณ์เปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมที่ 7 ผู้ป่วยซึมเศร้า

จุดประสงค์ของการพยาบาล : เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมซึมเศร้าลดลง และได้ระบายความรู้สึกต่าง ๆ ออกมา

กิจกรรมการพยาบาล

พฤติกรรมซึมเศร้า เป็นความรู้สึกที่เกิดจากความผิดหวัง สูญเสีย เสียใจ หรือรู้สึกสำนึกผิด (Guilt) จะทำให้ความรู้สึกนึกคิดเชื่อย-

Copyright by Mahidol University

ชาลง การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (psychomotor retardation)[1]

การให้การพยาบาลผู้ป่วยซึมเศร้า จะต้องให้การระมัดระวังเป็นอย่างมาก บุคคลที่ซึมเศร้ามีความต้องการอยู่ 3 ประการ คือ

1. ความต้องการที่จะทำลายผู้อื่น
2. ความต้องการที่จะให้ตนเองถูกทำลาย
3. ความต้องการที่จะตาย[2]

ดังนั้นพยาบาลต้องตระหนักถึงพฤติกรรมในระยะแรกของผู้ป่วยซึมเศร้า เพื่อที่พยาบาลจะได้ปฏิบัติการ และวางแผนช่วยเหลือเท่าที่เป็นไปได้ การให้การพยาบาลต้องทราบ อาการแสดงพื้นฐานของผู้ป่วยซึมเศร้าและความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนคำนึงถึงความปลอดภัยร่วมไปได้ และถ้าปล่อยให้ผู้ป่วยเกิดซึมเศร้ามากแล้ว อาจต้องส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชก็เป็นได้[3]

---

[1]ยงยุทธ ทองอยู่, "อาหารวิทยา (Symptomatology)," การพยาบาลจิตเวช เล่ม 1 เรียบเรียงโดย คณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2527, หน้า 126

[2]สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช, พิมพ์ครั้งที่ 2 เชียงใหม่ : โรงพิมพ์ปอง, 2527, หน้า 163

[3]Joan Kves, and Charles K Hofling, Basic - Psychiatric concepts in Nursing, 3rd ed. (Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1974), p.242.

Copyright by Mahidol University

ขั้นตอนแรกของการพยาบาล คือ การประเมินสถานภาพ และปัญหาของผู้ป่วยก่อน ขั้นต่อไปพยายามให้ผู้ป่วยพูด เพื่อหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา สาเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดรวดร้าว และหาทางระบายออกมาเป็นคำพูด สิ่งเหล่านี้ไม่ได้เป็นการทำง่าย ๆ พยาบาลที่ขาดประสบการณ์อาจทำไม่สำเร็จ หรือเกิดความท้อแท้เสียก่อนที่จะได้รับทราบปัญหา

ในขั้นต้น ๆ พยาบาลอาจให้ความสนใจต่อผู้ป่วย โดยการนั่งเป็นเพื่อนเงียบ ๆ หากว่าเขายังไม่พร้อมที่จะพูด โดยไม่ต้องกล่าวอะไรเลย หรือโดยการให้สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการในเวลานั้น ถ้าการกระทำของพยาบาลมีความสม่ำเสมอ กริยาท่าทางของพยาบาลสอดคล้องกับคำพูด – (consistency) ผู้ป่วยก็จะเกิดความไว้วางใจเห็นว่าพยาบาลมีความเข้าใจเขา และเต็มใจที่จะช่วยเหลือเขาอย่างแท้จริง เขาก็อาจระบายปัญหาความคับข้องใจของตนออกมา ผู้ป่วยที่ซึมเศร้าต้องการความรัก ความห่วงใย ความสนใจ เช่นเดียวกับคนอื่น ๆ ต้องการการประคับประคองทางด้านจิตใจเช่นเดียวกับผู้อื่น [1] ดังนั้นพยาบาลต้องดูแลเขาในฐานะที่เขาเป็นบุคคลคนหนึ่ง

<u>การประเมินผล</u>

ผู้ป่วยระบายคำพูดออกมา และพฤติกรรมซึมเศร้าลดลง

<u>พฤติกรรมที่ 8</u> ผู้ป่วยไม่รู้กาละเทศะ

<u>จุดประสงค์ของการพยาบาล</u> : เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ต่อ บุคคล เวลา และและสถานที่

---

[1] สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, <u>เรื่องเดียวกัน,</u> หน้า 163 – 4

Copyright by Mahidol University

กิจกรรมการพยาบาล

ส่วนใหญ่ที่ผู้วิจัยค้นพบ ผู้ป่วยมักไม่ทราบวัน เดือน ปีในขณะนี้ ดังนั้นพยาบาลต้องจัดให้มีปฏิทินไว้ในหลาย ๆ แห่ง ที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้ชัดเจนและจัดให้มีนาฬิกา โทรทัศน์ หรือวิทยุ ตลอดจนนำเอา วัน เดือน ปี และเวลามาพูดคุยกับผู้ป่วย เช่นเดียวกับการพยาบาลในปัจจัยอันดับที่ 2 การขาดปัจจัยที่บอกให้ทราบเวลา ดังได้กล่าวข้างต้นในตอนที่ 1 เรื่อง แนวการป้องกัน

การประเมินผล : ซักถาม พูดคุย ผู้ป่วยรับรู้ต่อ เวลา สถานที่ และบุคคล

พฤติกรรมที่ 9 ผู้ป่วยต่อต้าน

จุดประสงค์ของการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมต่อต้านลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ที่พยายามต่อต้าน โดยการดึงเฝือกหรือ traction ออก พยายามที่จะลุกนั่งหรือลุกไปอาบน้ำเอง ที่ห้องน้ำเมื่อแพทย์ต้องการให้นอนพักบนเตียง ไม่ยอมรับประทานอาหาร และ/หรือยา ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเหล่านี้ พยาบาลควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงจุดมุ่งหมายของการรักษา และระมัดระวังอุบัติเหตุที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

พยาบาลต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารและ/หรือยา และจัดเตรียมอาหารให้น่ารับประทาน ตลอดจนบอกให้ผู้ป่วยทราบว่าอาหารและยานี้ปลอดภัยไม่เป็นอันตรายสำหรับผู้ป่วยและพยาบาลต้องพูดคุยกับผู้ป่วย เพื่อหาสาเหตุหรือเหตุผลที่ผู้ป่วยต้องการแสดงออกดังกล่าวข้างต้น

การประเมินผล

ผู้ป่วยยอมปฏิบัติตามอย่างสอดคล้องกับแผนการรักษา

Copyright by Mahidol University

อภิปรายแนวการพยาบาล

แนวการพยาบาลที่ผู้วิจัยได้เสนอแนะไว้ข้างต้นนั้น เป็นทั้งแนวการป้องกันการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ และเป็นแนวการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม พฤติกรรมนี้จะอยู่เป็นครั้งคราวในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ และถ้าปล่อยทิ้งไว้จะทำให้เป็นมากขึ้น

ดังนั้น แนวการพยาบาลที่สร้างขึ้นนี้ มีทั้งแนวการป้องกัน และการช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะนี้ พยาบาลต้องคำนึงถึงผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะนี้ และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้น เพราะฉะนั้นพยาบาลต้องตระหนักและปฏิบัติตามเพื่อป้องกันเสียก่อน โดยให้การกระตุ้นเพิ่มขึ้นทางสัมผัสทั้ง 5 ทาง ในทางปฏิบัติจริง พยาบาลไม่ได้ตระหนักในเรื่องนี้ โดยพยาบาลเองอาจไม่รู้และในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งมักเกิดขึ้นได้เสมอ เพราะพยาบาลไม่ได้สังเกต ถ้าปล่อยทิ้งไว้ ไม่ได้ช่วยเหลือ อาจเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้นมาก ๆ อาจต้องส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลจิตเวชได้

ทางด้านกิจกรรมการพยาบาล พยาบาลต้องสังเกตและประเมินความต้องการกิจกรรมปกติของผู้ป่วยแต่ละราย เนื่องจากสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน เช่น ผู้ป่วยบางรายอาจลดการกระตุ้นโดยการปิดประตู บางรายขอร้องให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลอื่น บางรายอาจร้องเพลง อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ พูดคุยกับบุคคลอื่น หรือมองออกไปนอกหน้าต่าง เป็นต้น ดังนั้นแนวการปฏิบัติทั่วไปการนำมาใช้จึงขึ้นอยู่กับการนำมาปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อจะได้ให้แนวการพยาบาลนี้ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Copyright by Mahidol University

บทที่ 5

สรุปการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อสำรวจปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นผลจากภาวะนี้ ของผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ในโรงพยาบาล และเพื่อเสนอแนวการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ในโรงพยาบาลที่มีภาวะการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์แผนกสามัญ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลพุทธชินราช ที่ได้รับการรักษาโดยวิธีการจำกัดการเคลื่อนไหวของร่างกายอย่างน้อย 7 วัน เลือกตัวอย่างที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลดังกล่าวข้างต้นทั้ง 4 แห่ง อายุตั้งแต่ 13 ปีขึ้นไป จำนวน 100 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยเนื้อหา 3 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนตัว ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ในโรงพยาบาล และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นผลจากภาวะนี้ เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 10 ท่าน นำไปแก้ไขปรับปรุง และหาความเที่ยงแบบการหาความคงตัวภายใน โดยใช้สูตร K - R 20

ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ส่วนใหญ่ มีอายุตั้งแต่ 13 - 30 ปี ร้อยละ 69 เป็นชายมากกว่าหญิง ในอัตราส่วน 9 : 1 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 49 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68 ศาสนาพุทธมากกว่าศาสนาอิสลาม ในอัตราส่วน 49 : 1

Copyright by Mahidol University

2. ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษามากกว่าหนึ่งอย่างที่ตำแหน่งเดียวกัน ร้อยละ 50 จำนวนวันในการรักษาอยู่ในช่วง 8–29 วัน ร้อยละ 58 ตำแหน่งที่ได้รับการรักษาคือขาขวา ร้อยละ 37 ขาซ้าย ร้อยละ 24 มีความถนัดมือขวา ร้อยละ 81 ถูกจำกัดอยู่บนเตียงโดยช่วยเหลือตนเองได้ ร้อยละ 59 ใช้ยาแก้ปวดและ/หรือยากล่อมประสาทตั้งแต่ 2 อย่างขึ้นไป ร้อยละ 65 มีการสูญเสียการรับความรู้สึก จำนวนร้อยละ 8 มีสภาวะทางระบบประสาทโดยมีการสั่นพริ้วของกล้ามเนื้อ ร้อยละ 8 รู้สึกไม่สุขสบายใจเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 49 ขาดปัจจัยบอกให้ทราบเวลาโดยไม่มีปฏิทิน ร้อยละ 84 มีผู้มาเยี่ยมสม่ำเสมอ ร้อยละ 65 มีบุคคลที่มาพูดคุยด้วยเป็นลำดับ 1, 2 และ 3 คือ ผู้ป่วยข้างเตียง เพื่อนฝูงและญาติ และเจ้าหน้าที่ตามลำดับ เจ้าหน้าที่มาพูดคุยกับผู้ป่วยเป็นการผ่านมาก็ทักทายหรือเรียกเวลามีปัญหา ร้อยละ 58 ระยะเวลาของการนอนหลับ 6–12 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 69 ไม่สามารถมองเห็นสิ่งแวดล้อมภายนอกได้ ร้อยละ 81 ระดับเสียงในตึกเป็นปกติ ร้อยละ 77

3. ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากมากไปน้อย พบว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากกว่า 1 อย่างขึ้นไป กล่าวคือทุกคนมีวิตกกังวล และมีพฤติกรรมอื่นร่วมด้วยจากมากไปน้อย คือ ต้องการเข้าสังคม ร้อยละ 95 เบื่อหน่าย ร้อยละ 93 สูญเสียสมาธิ ร้อยละ 78 ประสาทหลอน ร้อยละ 76 อารมณ์ไม่คงที่ ร้อยละ 69 รู้สึกถูกแยกจากบุคคลอื่น ร้อยละ 64 ฝันกลางวัน ร้อยละ 61 ซึมเศร้า ร้อยละ 56 ไม่ยินดียินร้าย ร้อยละ 45 ไม่รู้กาละเทศะ ร้อยละ 41 ต่อต้าน ร้อยละ 39 หงุดหงิด ร้อยละ 38 หลงผิด ร้อยละ 30 สูญเสียความทรงจำ ร้อยละ 27 และไม่พบลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางการประสานหน้าที่ของการเคลื่อนไหว ก้าวร้าว การให้เหตุผล การรับรู้เกี่ยวกับสี และการแปลภาพผิด

Copyright by Mahidol University

จากปัญหาการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ดังกล่าวมาแล้วนั้น ผู้วิจัยได้เสนอแนะแนวการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ เพื่อใช้แก้ปัญหา ให้ผู้ป่วย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันการเกิดการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ ค้นหาและช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีสภาพอารมณ์ที่ดี และลดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ

1. การศึกษา

ครูพยาบาลสามารถนำแนวการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ในโรงพยาบาลที่ขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ ไปใช้วางแผนจัดการเรียนการสอนทางทฤษฎีและทางคลินิก เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ที่ได้รับการรักษาโดยการจำกัดการเคลื่อนไหว เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

2. การบริการ

บุคคลากรทั้งทางการแพทย์และพยาบาล ควรตระหนักถึงปัญหาการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์เพื่อให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ ตลอดจนมีพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสม และมีจิตใจที่เป็นสุข

3. การบริหาร

ควรมีนโยบายในการจัดสิ่งแวดล้อมในตึกผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โดยให้มีปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์น้อยที่สุด ทั้งนี้ต้องมีการจัดอบรมพยาบาลออร์โธปิดิกส์ให้ตระหนักถึงปัญหานี้

Copyright by Mahidol University

เพราะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแสดงออกไม่เหมาะสมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และการมณ์

4. การวิจัยครั้งต่อไป

4.1 แนวการพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ควรได้มีการนำไปใช้เพื่อกำหนดเป็นมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยออกรโซปิดิกส์ที่ขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์

4.2 ควรมีการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่งเสริมการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

4.3 ควรมีการศึกษาอย่างกว้างขวางในผู้ป่วยอื่น ๆ ในประเทศไทย เช่น ผู้ป่วยในศึกผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยศึกพิเศษ และผู้ป่วยที่อยู่ในห้องแยก เป็นต้น

Copyright by Mahidol University

บรรณานุกรม

หนังสือ

ประคอง อินทรสมบัติ. "ความเครียดของผู้ป่วยเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล." การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 3 เรียบเรียงโดย สมจิต หุนเจริญกุล. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์สุวรรณภูมิ, 2524 หน้า 1 - 10.

Barry, Patricia D. Psychosocial Nursing Assessments and Intervention. Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1984.

Beland, Irene L., and Passor, Joyce Y. Clinical Nursing : Pathophysiological and Psychosocial. New York : Macmillan Publishing Co. Inc., 1975.

Brill, Esther Levine, and Kilts, Dawn F. Fundations for Nursing. New York : Appleton - Century - Crofts, 1980.

Cater, Frances Monet. Psychosocial Nursing : Theory and Practice in Hospital and Community Mental Health. 3 rd.ed. New York: Macmillan Publishing Co. Inc., 1981.

Diekelmann, Nancy, Bennett, Patricia Halpin, and Shauger, Margaret. Fundamentals of Nursing. New York Mc Graw-Hill Book Company, 1980

Dugas, Bevery Witter. Introduction to Patient Care : A comprehensive approach to nursing. 4th ed. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1983.

Copyright by Mahidol University

Dunn, Jeanine R. "Regulation of the Senses." Introduction to Nursing : An Adaptation Model. Edited by Sister Callista Roy. New Jersey : Prentice - Hall Inc., 1976, p. 133 - 50.

Henderson, Virginia, and Nite Gladys. Principles and Practice of Nursing. 6 th ed. New York : Macmillan Publishing Co. Inc., 1978.

Herth, Kaye. "Alterations in Sensory Status." Introduction - to Nursing Practice. Edited by Lillie M. Shortridge, and E. Juanita Lee. New York : McGraw - Hill Book Company, 1980, p. 349 - 79.

Kozier, Barbara, and Erb, Glenora Lea. Fundamentals of - Nursing : Concepta and Procedures. 2 nd.ed. California : Addison - Wesley Publishing Company, 1983.

Kyes, Joan, and Hofling, Charles K. Basic Psychiatric Concepts in Nursing. 3 rd. ed. Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1974.

Lavacca, Mariann. "Sensory overload and sensory deprivation." Medical - Surgical Nursing : concepts and clinical practice. Edited by Wilma J. Phipps, Barbara C.Long, and Nancy Fugate Woods. Saint Louis : The C.V. Mosby Company, 1979, p. 490 - 9.

Copyright by Mahidol University

Linn, Laura Jo. "Psychosocial Needs of Patients with Acute Respiratory Failure" Coping with Stress : A Nursing Perspective. Edited by Doris C. Sutterley, and Gloria F. Donnelly London : An Aspen Publication, 1982.

Lipkin, Gladys B., and Cohen, Roberta G. Effective Approaches to Patients' Behavior. 2 nd. ed. New York : Springer Publishing Company, 1980.

Mitchell, Pamela Holsclaw. "Chapter 13. Sensory Status." Concepts Basic to Nursing. Edited by Pamela Holsclaw Mitchell, and Anne Loustau. 3 rd ed. New York : McGraw - Hill Book Company, 1981, p. 309 - 41.

Morgan, Marie Grannan. "Sensory Alteration." Childbearing : A Nursing Perspective. Edited by Ann L. Clark, Dyanne D. Affonso, and Thomas Harris. 2 nd ed. Philadelphia : F.A. Davis Company, 1979. p. 69 - 73.

Murray, Malinda. Fundamentals of Nursing. 2 nd ed. London : Prentice - Hall International, Inc., 1980.

Murray, Ruth Beckmann, and Huelskoetter, M. Marilyn Wilson. Psychiatric / Mental Health Nursing : Giving Emotional care. New Jersey: Prentice - Hall Inc., 1983.

Narrow, Barbara W., and Buschle, Kay Brown. Fundamentals - of Nursing Practice. New York : John Wiley & Sons, 1982.

Copyright by Mahidol University

Roberts, Sharon L. Behavioral Concepts and the Critically ill patient. New Jersey : Prentice - Hall Inc., 1976.

_____. Behavioral Concepts and Nursing Throughout the Life Span. New Jersey : Prentice - Hall Inc., 1978.

Schwartz, Lawrence H. and Schwartz, Jane Linker. The - Psychodynamics of Patient Care. New Jersey : Prentice - Hall Inc., 1972.

Solomon, Philip, and Kleeman, Susan T. "Sensory Deprivation." Comprehensive Textbook of Psychiatry Volume I. Edited by Harold L. Kaplan, Alfred M. Freedman, and Benjamin J. Sodock. 3 rd. ed. London : William & Wilkins Company, 1980. p. 600 - 8.

Wolanin, Mary Opal, and Phillips, Linda Ree Fraelich. Confusion : prevention and care. Saint Lovis : The C.V. Mosby Company, 1981.

Wolff, LuVerne, Weitzel, Marlene H., and Fuerst, Elinor V. Fundamentals of Nursing : The Humanities and the - Sciences in Nursing. 6th ed. Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1979.

Worrell, Judith Deignan. "Nursing Implications in the care of the Patient Experiencing Sensory Deprivation." Advanced Concepts in Clinical Nursing. Edited by Kay Cromann Kintzel. 2 nd ed. Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1977, p. 618 - 36.

Copyright by Mahidol University

วารสาร

แสงจันทร์ ศิลปพิพัฒน์. "Sensory Deprivation." วารสารพยาบาล, ปีที่ 25, ฉบับที่ 2 (เมษายน, 2519), 89 - 97

Ashworth, Pat. "Sensory Deprivation - 2 : The Acutely Ill." Nursing Times, Vol. 75, No.7 (February 15, 1979), 290 - 4.

Blake, Florence G. "Immobilized Youth : A rationale for Supportive Nursing Intervention." American Journal of Nursing, Vol. 69, No. 11 (November, 1969), 2364 -9.

Black, Sister Kathleen. "Social Isolation and the Nursing Process." The Nursing Clinics of North America, Vol. 8, No. 4 (December, 1973), 575 - 86.

Bolin, Rose Homan. "Sensory Deprivation : an overview." Nursing Forum, Vol. 8, No.3 (March, 1974),240-58.

Cameron, Cynthia F., and et al. "When Sensory Deprivation Occurs..." The Canadian Nurse, Vol. 68, No.11 (November, 1972), 32 - 4.

Chodil, Judith, and Williams, Barbara. "The Concept of Sensory Deprivation." The Nursing Clinics of North America, Vol. 5, No. 3 (September, 1970), 453 - 65.

Clarke, Margaret. "Psychology : A sense of perception - Part 4." Nursing Mirror, Vol. 150, No. 18 , - (June 12, 1980), 41 - 3.

Copyright by Mahidol University

Crow, Rosemary. "Sensory Deprivation - 1 : In children." Nursing Times, Vol. 75, No. 6 (February 8, 1979), 229 - 33.

Downs, Florence S. "Bed Rest and Sensory Disturbances." American Journal of Nursing, Vol. 74, No. 3 (March, 1974), 434 - 8.

Ellis, Rosemary. "Unusual Sensory and Thought Disturbances after Cardiac Surgery." American Journal of Nursing, Vol. 72, No. 11 (November, 1972), 2021 - 5.

Heron, Woodburn. "The Pathology of Boredom" Scientific America, Vol. 196, No. 1 (January, 1957), 52 - 6.

Jackson, C. Wesley, Pollard, John C., and Kansky, E.W. "The Application of Finding from Experimental Sensory Deprivation to Cases of Clinical Sensory Deprivation." The American Journal of The Medical Sciences, Vol. 243, No. 5 (May, 1962), 558 - 63.

_____, and Ellis, Rosemary. "Sensory Deprivation as a field of study." Nursing Research, Vol. 20, No. 1 (January - February, 1971), 46 - 54.

Jarvis, Dorothy. "Open Heart Surgery : Patients' Perceptions of Care." American Journal of Nursing, Vol. 70, No. 12 (December, 1970), 2591 - 3.

Jones, Jeanette A. "Deprivation and Existence or, Stimulation and Life : our choice for the elderly." Journal of Gerotological Nursing, Vol. 2, No. 2 (March - April, 1976), 17 - 20.

Copyright by Mahidol University

Kratz, Charlotte R. "Sensory Deprivation - 3 : In the elderly." Nursing Times, Vol. 75, No. 8 (February 22, 1979), 330 - 2.

Leiderman, Herbert, et al. "Sensory Deprivation : Clinical Aspects." A.M.A. Archives of Internal Medicine, Vol. 101, No. 2 (February, 1958), 389 - 96.

Levy, Roland. "The Immobilized Patient and His Psychologic Well - Being." Postgraduate Medicine, Vol. 40, No. 1 (July, 1966), 73 - 7.

Linn, Louis, et al. "Patterns of Behavior Disturbance Following Cataract Extraction." The American Journal - of Psychiatry, Vol. 110 (October, 1953), 281 - 9.

Matteson, Mary Ann. "A Report of Sensory Assessment at a Senior Citizens' Center." Journal of Gerontological - Nursing, Vol. 5, No. 1 (January - February, 1979), 39 - 41.

Olson, V. "Immobility : Effects on Psychosocial Equilibrium." American Journal of Nursing, Vol. 67, No. 4 (April, 1967), 794 - 7.

Pritchard, Phylip. "Stress and anxiety in physical illness - the role of the general nurse." Nursing Times, Vol. 77, No. 4 (January 22, 1981), 162 - 4.

Richards, J Scott, Hirt, Michael, and Melamed, Lawrence. "Spinal Cord Injury : A Sensory Restriction - Perspective." Archives of Physical Medicine and - Rehabilitation, Vol. 63, No. 5 (May, 1982), 195 - 9.

Copyright by Mahidol University

LIBRARY DIVISION

Snyder, Joyce Cameron, and Wilson, Margo Foltz. "Elements of Psychological Assessment." American Journal of Nursing, Vol. 77, No. 2 (February, 1977), 235 - 9.

Snyder, Lorraine Hiatt. "Environmental Changes for Socialization." Journal of Nursing Administration, Vol. 8, No.1 (January, 1973), 266 - 8

Solomon, Philip, et al. "Sensory Deprivation : A Review." The American Journal of Psychiatry, Vol. 114 (October, 1957), 357 - 63.

Suedfeld, Peter. "The Benefits of Boredom : Sensory Deprivation Reconsidered." American Scientist, Vol. 63, No. 1 (January - February, 1975), 60 - 9.

Thomson, Linda Reckhow. "Sensory Deprivation : A Personal Experience." American Journal of Nursing, Vol. 73, No. 2 (February, 1973), 266 - 8.

Wood Marilynn. "Clinical Sensory Deprivation : A Comparative Study of Patients in Single Care and Two-Bed Room." Journal of Nursing Administration, Vol. 7, No. 10 (December, 1977), 28 - 32.

Ziskind, Eugene, et al. "Observations on Mental Symptoms in Eye Patched Patients : Hypnagogic Symptoms in Sensory Deprivation." The American Journal of Psychiatry, Vol. 116 (April, 1960), 893 - 900.

Copyright by Mahidol University

Zubek, J.P. "Effects of Prolonged Sensory and Perceptual Deprivation." British Medical Bulletin, Vol. 20, No. 1 (January, 1964), 38 - 42.

วิทยานิพนธ์ และรายงานวิจัย

ปราณี ช่วงฉ่ำ " Sensory Deprivation ในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์." รายงานการศึกษาวิชาปัญหาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยามหาวิทยาลัยมหิดล, 2523.

Wiporn Senaruck. "Sensory Deprivation Experiences in Bilaterally Eye - Patched Patients." Unpublished M.S. Thesis, The Faculty of Graduate Studies of Mahidol University, 1980.

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ก

Copyright© by Mahidol University

แบบประเมินการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ในผู้ป่วยกลุ่มโรคปลิกซ์

1. ข้อมูลส่วนตัว

ความถนัด ☐ ขวา ☐ ซ้าย

เพศ ☐ ชาย

☐ หญิง

อายุ (ปี) ☐ 13 - 30

☐ 31 - 45

☐ 46 - 60

☐ 60 ปีขึ้นไป

อาชีพ ☐ รับจ้าง

☐ เกษตรกรรม

☐ รับราชการ

☐ กำลังศึกษา

☐ ค้าขาย

☐ รัฐวิสาหกิจ

☐ ไม่มีอาชีพ

☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ) _____

ศาสนา ☐ พุทธ

☐ คริสต์

☐ อิสลาม

☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ) _____

Copyright by Mahidol University

ระดับการศึกษา
- ☐ ประถมศึกษา
- ☐ มัธยมศึกษา
- ☐ การอาชีวศึกษา
- ☐ อุดมศึกษา
- ☐ ไม่ได้รับการศึกษา

2. ปัจจัยส่งเสริมการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์ในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์

(1) การรักษาที่ได้รับ
- ☐ เข้าเฝือก
- ☐ ทำผ่าตัดร่วมกับเข้าเฝือก
- ☐ การดึง
  - ☐ Skin Traction
  - ☐ Skeletal Traction
  - ☐ Pelvic Traction
- ☐ ทำผ่าตัดร่วมกับการดึง
  - ☐ Skin Traction
  - ☐ Skeletal Traction
- ☐ ทำ Internal Fixation
- ☐ ได้รับการรักษามากกว่า 1 อย่าง
  - ☐ ตำแหน่งเดียวกัน
  - ☐ คลายตำแหน่ง
- ☐ การรักษาอื่น ๆ (โปรดระบุ) _____

Copyright by Mahidol University

(2) ระยะเวลาของการรักษาที่ได้รับ

☐ 7 วัน

☐ 8 – 29 วัน

☐ 30 – 60 วัน

☐ 61 – 90 วัน

☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

(3) ตำแหน่งที่ทำการรักษา

แขน

☐ แขนซ้าย

☐ แขนขวา

☐ แขนทั้งสองข้าง

ขา

☐ ขาซ้าย

☐ ขาขวา

☐ ขาทั้งสองข้าง

อื่น ๆ (โปรดระบุ) .....

Copyright by Mahidol University

(4) การกำจัดการเคลื่อนไหว

ก. ถูกจำกัดอยู่บนเตียง

☐ ช่วยเหลือตนเองได้

☐ ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ต้องให้ผู้อื่นช่วยบางส่วน

☐ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย

ข. ไม่ได้ถูกจำกัดอยู่บนเตียง

☐ ช่วยเหลือตนเองได้

☐ ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ต้องให้ผู้อื่นช่วยบางส่วน

☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ) _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

(5) การใช้ยาที่มีผลต่อการรับความรู้สึก

☐ ยาแก้ปวด (โปรดระบุ)

.....

☐ ยากล่อมประสาท (โปรดระบุ)

.....

.....

☐ ยาแก้ปวดและ/หรือยากล่อมประสาทตั้งแต่ 2 อย่างขึ้นไป

☐ ไม่มีรายงานการใช้ยาเกี่ยวกับการรับความรู้สึกใด ๆ

(6) ปัจจัยทางบุคคล

ก. ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับความรู้สึก

1) การมองเห็น

☐ ปกติ

☐ ตามัว มองเห็นไม่ชัด

☐ ตาบอดหนึ่งข้าง

☐ ตาบอดทั้งสองข้าง

Copyright by Mahidol University

2) การได้ยิน

- ☐ ปกติ
- ☐ หูตึง
  - ☐ ข้างซ้าย
  - ☐ ข้างขวา
- ☐ หูหนวก

3) การรับรส

- ☐ ปกติ
- ☐ ไม่รู้สึกว่ารับรู้รส

4) การรับกลิ่น

- ☐ ปกติ
- ☐ ไม่สามารถรับรู้กลิ่นต่าง ๆ

ข. สภาวะทางระบบประสาท

1) เคยได้รับความกระทบกระเทือนทางสมอง

- ☐ หมดสติไปชั่วระยะเวลาสั้น ๆ ชั่วครู่จนถึง 1 ชั่วโมง
- ☐ หมดสตินานกว่า 1 ชั่วโมงหรือเป็นวัน ๆ
- ☐ มีภาวการเพ้อเจ้อหลังฟื้นจากหมดสติ

2) ผู้ป่วยมีหรือมีประวัติโรคของสมอง

- ☐ เนื้องอกของสมอง
- ☐ หลอดเลือดฝอยในสมองแตก
- ☐ การอุดตันหรือตีบของหลอดเลือดสมอง
- ☐ โรคลมชัก
- ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

Copyright by Mahidol University

3) เป็นโรคหรือได้รับบาดเจ็บของประสาทไขสันหลังที่ระดับใด

- ☐ เกว
- ☐ ทรวงอก
- ☐ ต้นคอ
- ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ) .....

4) เป็นโรคของเส้นประสาท ลักษณะที่พบคือ

4.1 สูญเสียการรับความรู้สึก

- ☐ สัมผัสแผ่วเบา
- ☐ เหลม ทู่
- ☐ ร้อน เย็น
- ☐ ไม่รู้สึก ร้อน เย็น หรือแรงกดต่าง ๆ

4.2 ตำแหน่งที่สูญเสียการรับความรู้สึก คือ

- ☐ ซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย
- ☐ หน้าซีกใดซีกหนึ่ง และร่างกายซีกด้านตรงข้าม
- ☐ ส่วนล่างของร่างกายตั้งแต่ระดับลิ้นปี่ลงมา
- ☐ ซีกบนของร่างกายตั้งแต่ระดับไหล่ลงมาจนถึงระดับลิ้นปี่
- ☐ ฝีเท้าทั้งสองข้างเช่นเดียวกับใส่ถุงมือ ถุงเท้า
- ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ) .....

4.3 มีความผิดปกติของการเคลื่อนไหว

- ☐ เคลื่อนไหวขาทั้งสองข้างไม่ได้
- ☐ เคลื่อนไหวแขนหรือขาอย่างอ่อนแรง
- ☐ กล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียกและลีบเล็ก
- ☐ มีการสั่นพริ้วของกล้ามเนื้อ

Copyright by Mahidol University

5) มีภัวความเครียดเฉพาะเกิดขึ้น

5.1 ทางร่างกาย

☐ ถูกแยกกักกันจากบุคคลอื่น

☐ มีอาการแพ้ยา

☐ เป็นโรคกระดูกหรือโรคอื่น ๆ เรื้อรังเป็น ๆ หาย ๆ มา นาน 2 ปี หรือมากกว่า

☐ มีไข้สูง ($\geq$ 38.5° C) ติดต่อกันมากกว่า 7 วัน

☐ มีความเจ็บปวดตลอดเวลามากกว่า 7 วัน

☐ มีโรคแทรกซ้อนทางกายอื่น ๆ ขณะอยู่โรงพยาบาล

(โปรดระบุ) .....

5.2 ทางด้านจิตใจ

☐ รู้สึกว่าไม่สบายใจเพิ่มมากขึ้น

☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ) .....

(7) ภาวะแวดล้อม

ก. จากปัจจัยที่บอกให้ทราบเวลา

☐ เปิดไฟตลอดเวลา

☐ ไม่มีนาฬิกา

☐ ไม่มีปฏิทิน

☐ ไม่มีวิทยุ

☐ ไม่มีโทรทัศน์

ข. มีผู้มาเยี่ยม

☐ สม่ำเสมอ

☐ ไม่สม่ำเสมอ

☐ นาน ๆ ครั้ง

☐ ไม่มีเลย

Copyright by Mahidol University

ก. บุคคลที่มาพูดคุยด้วย เรียงตามลำดับจากมากไปน้อย

..... เจ้าหน้าที่

..... เพื่อนฝูงและญาติ

..... ผู้ป่วยข้างเตียง

ง. เจ้าหน้าที่มาพูดคุยด้วย

☐ สม่ำเสมอ

☐ ไม่สม่ำเสมอ

☐ นาน ๆ ครั้ง

☐ ไม่มีเลย

☐ มาเมื่อก็ทักทายหรือเรียกเวลามีปัญหา

☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ) _____

จ. ระยะเวลาของการนอนหลับใน 1 วัน

☐ น้อยกว่า 6 ชั่วโมง

☐ 6 – 12 ชั่วโมง

☐ มากกว่า 12 ชั่วโมง

ฉ. ผู้ป่วยคนนี้เคยที่สามารถมองเห็นสิ่งแวดล้อมภายนอก

☐ ได้

☐ ไม่ได้

☐ เล็กน้อย

ช. ระดับเสียงโทรทัศน์ตามความคิดเห็นของผู้ป่วย

☐ ปกติ

☐ เงียบ

☐ ดังมากไป

Copyright by Mahidol University

3. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในภาวะการขาดการกระตุ้นทางเซนซอรีย์

ลักษณะการเปลี่ยนแปลง	พฤติกรรมการเปลี่ยนแปลง	มี	ไม่มี
3.1 การเคลื่อนไหวต่อต้าน	ทำทรงข้ามกับที่ได้รับการแนะนำ เช่น 1. พยายามที่จะดึงเฝือกหรือ Traction ออก 2. พยายามที่จะลุกนั่งหรือไปกาบน้ำเองที่ห้องน้ำ เมื่อแพทย์ต้องการให้นอนพักบนเตียง 3. นอนราบถูบนเตียงตลอดเวลาเมื่อแพทย์ต้องการให้ลุกนั่งหรือไปกาบน้ำที่ห้องน้ำที่ห้องน้ำ 4. ไม่ยอมรับประทานอาหารและ/และหรือยา		
การประสานหน้าที่ของการเคลื่อนไหว (ยกเว้นในรายที่ผู้ป่วยเข้าเฝือกหรือเข้า Traction ส่วนที่จะต้องทดสอบ)	การประสานงานของแขนและมือ 1. ทดสอบทีละมือ ผู้ป่วยไม่สามารถทำดังต่อไปนี้ได้ ก. ตบขาตนเองให้เร็วที่สุดเท่าที่จะเร็วได้ ข. กลับมือไปมาให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้		

Copyright by Mahidol University

ลักษณะการเปลี่ยนแปลง	พฤติกรรมการเปลี่ยนแปลง	มี	ไม่มี
	ก. เกานิ้วหัวแม่มือแตะนิ้วอื่นๆ แต่ละนิ้วให้เร็วที่สุด 2. ผู้ป่วยไม่สามารถใช้นิ้วชี้ของตนเองแตะนิ้วชี้ของผู้สัมภาษณ์และกลับมาแตะจมูกของตนเองสลับกันทั้งสองข้างได้ หรือทำได้แต่มีอาการสั่นของมือ **การประสานงานของขา** 1. ผู้ป่วยมีอาการสั่น หรือไม่สามารถวางส้นเท้าของตนเองลงบนเข่าด้านตรงกันข้าม แล้วค่อย ๆ ลากไปตามสันหน้าแข้งจนถึงเท้า 2. ผู้ป่วยไม่สามารถเดินได้เป็นเส้นตรง เมื่อต้องเดินเอาส้นเท้าต่อกับปลายเท้าของอีกข้างหนึ่ง 3. เมื่อยืนเท้าชิดกันโดยไม่ใช้มือยึดเกาะอะไรและสืบตา ผู้ป่วยจะยืนไม่ได้หรือล้มลง		

Copyright by Mahidol University

ลักษณะการเปลี่ยนแปลง	พฤติกรรมการเปลี่ยนแปลง	มี	ไม่มี
3.2 ความรู้สึก วิตกกังวล	ข้อมูลที่ผู้ป่วยบอก (Subjective data) 1. รู้สึกกังวลไม่สบายใจเกือบตลอดเวลา 2. นอนไม่หลับและตื่นกลางดึกเสมอ ๆ 3. ความอยากอาหารลดลงหรือเพิ่มขึ้น 4. มีอาการสั่นของ แขน ขา 5. รู้สึกหัวใจเต้นเร็วกว่าที่เคยเป็น 6. ถอนหายใจบ่อย 7. นอนหลับเกือบตลอดเวลา 8. ถอนเพลียตลอดเวลา 9. ปวดศีรษะ 10. รู้สึกว่ามีความตึงของกล้ามเนื้อต้นคอ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Physical change) 1. ท้องเดิน 2. ท้องผูก 3. ปัสสาวะบ่อย		

Copyright by Mahidol University

ลักษณะการเปลี่ยนแปลง	พฤติกรรมการเปลี่ยนแปลง	มี	ไม่มี
ไม่ยินดียินร้าย	– ไม่สนใจดูแลความสะอาดร่างกายของตนเองหรือความสะอาดของปาก ฟัน และผิวหนัง		
	– เฉยเมยไม่รู้สึกอยากจะทำอะไร		
	– เฉยเมยไม่รู้สึกอยากจะพูดอะไร		
เบื่อหน่าย	– ขาดความกระตือรือร้นที่จะพูดคุยกับบุคคลอื่น		
	– รู้สึกเบื่อหน่ายชีวิตที่เป็นอยู่นี้		
	– เบื่อหน่ายและรำคาญที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาล		
รู้สึกแยกจากบุคคลอื่น	– รู้สึกว่าตนเองถูกแยกจากบุคคลอื่น ๆ		
	– กดกดดเรียกเจ้าหน้าที่บ่อยครั้งด้วยเหตุผลที่ไม่จำเป็น		
	– ต้องการให้แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องมาสนใจตลอดเวลา		

Copyright by Mahidol University

LIBRARY DIVISION

ลักษณะการเปลี่ยนแปลง	พฤติกรรมการเปลี่ยนแปลง	มี	ไม่มี
หงุดหงิด	– เกิดความไม่พึงพอใจ (ไม่สบอารมณ์) ง่าย บ่อยกว่าที่เคยเป็น แม้ว่าจะเป็นเหตุการณ์เล็กน้อยก็ตาม เช่น ครอบครัวมาเยี่ยมช้าไป เป็นต้น		
อารมณ์ไม่คงที่	– อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายเมื่อมาอยู่โรงพยาบาล		
	– รู้สึกว่าตนเองกลายเป็นคนใจน้อย		
	– รู้สึกอยากร้องไห้โดยไม่ทราบสาเหตุขณะที่นอนอยู่บนเตียง		
ซึมเศร้า	– รู้สึกว่าตนเองด้อยกว่าบุคคลอื่นๆ		
	– รู้สึกมืดมนและไม่มีความหมาย		
	– รู้สึกว่าไม่มีความหวัง ไม่อยากมีชีวิตอยู่		
ก้าวร้าว	– ด่าว่าพยาบาล ผู้ป่วยข้างเตียง และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ		
	– ขู่ขู่จะทุบตีบุคคลอื่น		
3. ความคิด			
การให้เหตุผล	– ไม่สามารถบอกว่าสิ่งต่อไปนี้เหมือนกันอย่างไร เช่น รถ กับ เรือ เป็นต้น		

Copyright by Mahidol University

ลักษณะการเปลี่ยนแปลง	พฤติกรรมการเปลี่ยนแปลง	มี	ไม่มี
หลงผิด	- คิดว่าตนเองถูกเกลียด ถูกปองร้ายหรือถูกวางแผนทำร้าย - รู้สึกว่าตนเองมีอำนาจเหนือกว่าผู้อื่น หรือกลัวในฐานะเด่นกว่าที่ตนเป็นอยู่ - รู้สึกว่าผู้อื่นกลัวควบคุมหรือบังคับตน - รู้สึกว่าผู้อื่นคุยเรื่องของตนวิพากย์วิจารณ์ตน - รู้สึกว่าผู้อื่นกลัวให้ร้ายหรือแกล้งตน - รู้สึกว่าตนเองได้ทำสิ่งที่ผิดบาป		
ต้องการเข้าสังคม	- ต้องการให้เพื่อนและญาติมาเยี่ยมทุกวัน - ต้องการให้เพื่อนมาคุยด้วยตลอดเวลา		
3.4 การรับรู้ การรับรู้เกี่ยวกับสี	- เมื่อมองสีต่อไปนี้แล้วบอกผิดหรือบอกไม่ได้ว่าเป็นสีอะไร 1. สีแดง 2. สีน้ำเงิน 3. สีขาว		

Copyright by Mahidol University

ลักษณะการเปลี่ยนแปลง	พฤติกรรมการเปลี่ยนแปลง	มี	ไม่มี
	4. สีเหลือง		
แปลภาพผิด	– แปลการรับรู้ผิดจากความเป็นจริง เช่น เห็นว่าหอผู้ป่วยเป็นห้องขังในเรือนจำ และแพทย์ พยาบาล เป็นผู้คุม เป็นต้น		
ประสาทหลอน	– รู้สึกได้โดยไม่มีสิ่งเร้า เช่น รู้สึกว่ากำลังลอยน้ำอยู่ หรือรู้สึกว่ามีคนมาเขย่าเตียงขณะอยู่บนเตียง		
	– ทางหู : ได้ยินเสียงต่าง ๆ ทั้งที่ไม่มีเสียงนั้น		
	– ทางตา : เห็นภาพสิ่งต่าง ๆ ทั้งที่ไม่มีสิ่งนั้นอยู่		
	– ทางจมูก : รู้สึกได้กลิ่นแปลก ๆ ทั้งที่ไม่มีกลิ่นนั้น		
	– ทางลิ้น : รู้สึกมีรสแปลก ๆ ขึ้นในปาก		
	– ทางกาย : รู้สึกเหมือนมีอะไรมาไต่บนผิวหนังโดยไม่มีอะไรมาไต่จริง ๆ		
ฝันกลางวัน	– ทำพฤติกรรมหรือปล่อยตัวไปตามความคิดที่ปรารถนา		

Copyright by Mahidol University

ลักษณะการเปลี่ยนแปลง	พฤติกรรมการเปลี่ยนแปลง	มี	ไม่มี
3.5 ความรู้สึกสำนึก สูญเสียสมาธิ	- ไม่สามารถบอกวัน เดือน ของปี หรือวันของสัปดาห์ เป็นลำดับหรือกลับกัน - ไม่สามารถพูดกลุ่มตัวเลขตามได้ถึง 6 คำ หรือพูดกลับได้ 4 คำ		
3.6 ความทรงจำ สูญเสียความทรงจำ	- ความทรงจำปัจจุบัน : สิ่ง-เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อเร็ว ๆ นี้ เช่น ไม่สามารถบอกได้ว่าอาหารมื้อล่าสุดที่ผู้ป่วยรับประทานมีอะไรบ้างเป็นต้น - ความทรงจำในอดีต : สิ่ง สถานที่และวันสำคัญ เช่น 1. อายุเท่าไร 2. จบชั้น ป.4 ที่โรงเรียนชื่ออะไร 3. บวชเรียนที่วัดไหน อายุเท่าไร 4. วันที่ เดือน และปีเกิดของผู้ป่วย		

Copyright by Mahidol University

ลักษณะการเปลี่ยนแปลง	พฤติกรรมการเปลี่ยนแปลง	มี	ไม่มี
3.7 กาละเทศะ ไม่รู้กาละเทศะ	- บุคคล : ไม่สามารถจำชื่อและชื่อสกุลของตนเองได้ - สถานที่ : ไม่สามารถบอกได้ว่าตนเองอยู่ที่ไหน - เวลา : ไม่สามารถบอกสิ่งต่อไปนี้ได้ 1. วันที่ เดือน ปี ในขณะนี้ 2. ขณะนี้เวลาอะไร (เช้า - กลางวัน เย็น หรือกลางคืน)		

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ข.

Copyright by Mahidol University

ข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ตาราง 20 ร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม–การเกสื่อนไหว (N = 100)

การเกสื่อนไหว	ร้อยละ
ต่อต้าน	
– พยายามที่จะดึงเฝือกหรือ Traction ออก	24
– พยายามที่จะลุกนั่งหรือลุกไปถ่ายบนห้องน้ำ เมื่อแพทย์ต้องการให้นอนพักบนเตียง	21
– นอนราบอยู่บนเตียงตลอดเวลา เมื่อแพทย์ต้องการให้ลุกนั่งหรือลุกไปถ่ายบนห้องน้ำ	–
– ไม่ยอมรับประทานอาหารและ/หรือยา	3

จากตาราง 20 ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ มีพฤติกรรมต่อต้านโดยพยายามที่จะดึงเฝือกหรือ Traction ออกมากที่สุด คือ ร้อยละ 24 รองลงมามีพฤติกรรมพยายามที่จะลุกนั่งหรือลุกไปถ่ายบนห้องน้ำเมื่อแพทย์ต้องการให้นอนพักบนเตียง ร้อยละ 21

Copyright by Mahidol University

ตาราง 21 ร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามพฤติกรรมวิตกกังวล (N = 100)

วิตกกังวล	ร้อยละ
– นอนไม่ค่อยหลับ และตื่นกลางคืนเสมอ ๆ	95
– รู้สึกอึดอัดไม่สบายใจเกือบตลอดเวลา	71
– ปัสสาวะบ่อย	60
– ถอนหายใจบ่อย	57
– ความอยากอาหารลดลงหรือเพิ่มขึ้น	55
– ปวดศีรษะ	54
– รู้สึกมีความตึงของกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความตึงของ-กล้ามเนื้อต้นคอ	53
– มีอาการสั่นของแขนหรือขา	34
– ถอนเพลียเกือบตลอดเวลา	33
– รู้สึกหัวใจเต้นเร็วกว่าที่เคยเป็น	25
– ท้องผูก	12
– ท้องเดิน	3
– หลับเกือบตลอดเวลา	3

จากตาราง 21 ผู้ป่วยถอรโธปิดิกส์มีความวิตกกังวล โดยส่วนใหญ่นอนไม่-ค่อยหลับและตื่นกลางคืนเสมอ ๆ ร้อยละ 95 รองลงมาคือ รู้สึกอึดอัดไม่สบายใจเกือบ-ตลอดเวลา ร้อยละ 71

Copyright by Mahidol University

ตาราง 22 ร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามพฤติกรรมไม่ปันดีปันร้าย (N = 100)

ไม่ปันดีปันร้าย	ร้อยละ
– เฉยเมยไม่รู้สึกยากจะพูดอะไร	41
– เฉยเมยไม่รู้สึกยากจะทำอะไร	21
– ไม่สนใจดูแลความสะอาดร่างกายของตนเอง หรือ ความสะอาดของปาก ฟัน และผิวหนัง	4

จากตาราง 22 ผู้ป่วยสกิโซฟรีเนียที่มีพฤติกรรมไม่ปันดีปันร้าย ส่วนใหญ่– เฉยเมยไม่รู้สึกยากจะพูดอะไร ร้อยละ 41 รองลงมาเฉยเมยไม่รู้สึกยากจะทำอะไร ร้อยละ 21

ตาราง 23 ร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามพฤติกรรมเบื่อหน่าย (N = 100)

เบื่อหน่าย	ร้อยละ
– เบื่อหน่ายและรำคาญที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาล	88
– รู้สึกเบื่อหน่ายชีวิตที่เป็นอยู่นี้	71
– ขาดความกระตือรือร้นที่จะพูดคุยกับบุคคลอื่น	37

จากตาราง 23 ผู้ป่วยสกิโซฟรีเนีย มีพฤติกรรมเบื่อหน่ายและรำคาญที่– ต้องอยู่ในโรงพยาบาลมากที่สุด คือ ร้อยละ 88 รองลงมาผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่ายชีวิต– ที่เป็นอยู่นี้ ร้อยละ 71

Copyright by Mahidol University

ตาราง 24 ร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามพฤติกรรมรู้สึกถูกแยกจากบุคคลอื่น (N = 100)

รู้สึกถูกแยกจากบุคคลอื่น	ร้อยละ
– รู้สึกว่าตนเองถูกแยกจากบุคคลอื่น ๆ	48
– ต้องการให้แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องมาสนใจ–	
ตลอดเวลา	36
– ตลอดไป หรือเรียกเจ้าหน้าที่บ่อยครั้งเหตุผลที่ไม่จำเป็น	–

จากตาราง 24 ผู้ป่วยมะเร็งโรงปิดกล่อง มีความรู้สึกว่าตนเองถูกแยกจากบุคคล– อื่น ๆ พบมากที่สุด คือ ร้อยละ 48 รองลงมาผู้ป่วยต้องการให้แพทย์พยาบาล และ – เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องมาสนใจตลอดเวลา ร้อยละ 36

ตาราง 25 ร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามพฤติกรรมการรมณ์ไม่คงที่ (N = 100)

การรมณ์ไม่คงที่	ร้อยละ
– รู้สึกว่าตนเองกลายเป็นคนใจน้อย	51
– รู้สึกอยากร้องไห้โดยไม่ทราบสาเหตุขณะที่นอนอยู่บนเตียง	41
– อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายเมื่อมาอยู่โรงพยาบาล	34

จากตาราง 25 ผู้ป่วยมะเร็งโรงปิดกล่องส่วนใหญ่ รู้สึกว่าตนเองกลายเป็นคน ใจน้อยพบได้มากที่สุด ร้อยละ 51 รองลงมา ผู้ป่วยรู้สึกอยากร้องไห้โดยไม่ทราบ สาเหตุขณะที่นอนอยู่บนเตียง ร้อยละ 41

Copyright by Mahidol University

ตาราง 26 ร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามพฤติกรรมซึมเศร้า (N = 100)

ซึมเศร้า	ร้อยละ
– รู้สึกว่าตนเองด้อยกว่าบุคคลอื่น ๆ	41
– รู้สึกฝืดฝนและไม่มีความหมาย	27
– รู้สึกไม่มีความหวัง ไม่ต้องการมีชีวิตอยู่	27

จากตาราง 26 ผู้ป่วยกลุ่มโรคปฏิกิริยาส่วนใหญ่รู้สึกว่าตนเองด้อยกว่าบุคคลอื่น ๆ ถึงร้อยละ 41 ผู้ป่วยรู้สึกฝืดฝนและไม่มีความหมาย ร้อยละ 27 ซึ่งมีจำนวนเท่ากันกับผู้ป่วยที่รู้สึกไม่มีความหวัง ไม่ต้องการมีชีวิตอยู่

ตาราง 27 ร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามพฤติกรรมหลงผิด (N = 100)

หลงผิด	ร้อยละ
– รู้สึกว่าตนเองได้ทำสิ่งที่ผิดบาป	27
– รู้สึกว่าผู้อื่นคุยเรื่องของตน วิพากษ์วิจารณ์ตน	6
– รู้สึกว่าผู้อื่นกดขี่ควบคุมหรือบังคับตน	1
– คิดว่าตนเองถูกเกลียด ถูกปองร้ายหรือถูกวางแผนทำร้าย	1
– รู้สึกว่าตนเองมีอำนาจเหนือกว่าผู้อื่น หรือกลายเป็นบุคคลที่ตนเป็นอยู่	–

จากตาราง 27 ผู้ป่วยกลุ่มโรคปฏิกิริยาส่วนใหญ่ รู้สึกว่าตนเองได้ทำสิ่งที่ผิดบาปถึงร้อยละ 27 รองลงมารู้สึกว่าผู้อื่นคุยเรื่องของตนวิพากษ์วิจารณ์ตน ร้อยละ 6

Copyright by Mahidol University

ตาราง 28 ร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามอุดีกรรมต้องการเข้าสังคม (N = 100)

ต้องการเข้าสังคม	ร้อยละ
– ต้องการให้เยี่ยมและญาติมาเยี่ยมทุกวัน	94
– ต้องการให้เยี่ยมมาอยู่ด้วยตลอดเวลา	64

LIBRARY DIVISION

จากตาราง 28 ผู้ป่วยกลุ่มโรคปัดีกส์ ส่วนใหญ่ต้องการให้เยี่ยมและญาติมาเยี่ยมทุกวันจำนวนมากที่สุด คือร้อยละ 94 และผู้ป่วยที่ต้องการให้เยี่ยมมาอยู่ด้วยตลอดเวลา มีจำนวน ร้อยละ 64

ตาราง 29 ร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามอุดีกรรมประสาทหลอน (N = 100)

ประสาทหลอน	ร้อยละ
– รู้สึกเหมือนมีอะไรมาไต่บนผิวหนังโดยที่ไม่มีอะไรมาไต่จริง ๆ	63
– รู้สึกมีรสแปลก ๆ ขึ้นในปาก	39
– ได้ยินเสียงต่าง ๆ ทั้งที่ไม่มีเสียงนั้น	16
– รู้สึกได้โดยไม่มีสิ่งเร้า เช่น รู้สึกว่ากำลังกลายเป็นยูดรีก– รู้สึกว่ามีคนมาเอาเท้าเตะขณะอยู่บนเตียง	15
– เห็นภาพสิ่งต่าง ๆ ทั้งที่ไม่มีสิ่งนั้นอยู่	7
– รู้สึกได้กลิ่นอะไรแปลก ๆ โดยที่ไม่มีกลิ่นนั้น	4

จากตาราง 29 ผู้ป่วยกลุ่มโรคปัดีกส์ ส่วนใหญ่รู้สึกเหมือนมีอะไรมาไต่บนผิวหนังโดยที่ไม่มีอะไรมาไต่จริง ๆ มากที่สุดถึงร้อยละ 63 รองลงมารู้สึกมีรสแปลก ๆ ขึ้นในปาก ร้อยละ 39

Copyright by Mahidol University

ตาราง 30 ร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามพฤติกรรมสูญเสียสมาธิ (N = 100)

สูญเสียสมาธิ	ร้อยละ
- ไม่สามารถพูดกลุ่มตัวเลขตามได้ถึง 6 คำ หรือพูดกลับได้ 4 คำ	75
- ไม่สามารถบอก วัน เดือน ของปี หรือวันของสัปดาห์เป็นลำดับหรือกลับกัน	20

จากตาราง 30. ผู้ป่วยกลุ่มโรคปัญญาอ่อน ส่วนใหญ่ไม่สามารถพูดกลุ่มตัวเลขตามได้ถึง 6 ตัว หรือพูดกลับได้ 4 คำ มากถึงร้อยละ 75 และผู้ป่วยไม่สามารถบอก วัน เดือนของปี หรือวันของสัปดาห์เป็นลำดับหรือกลับกัน ร้อยละ 20

ตาราง 31 ร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามพฤติกรรมสูญเสียความทรงจำ (N = 100)

สูญเสียความทรงจำ	ร้อยละ
- ลืมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อเร็ว ๆ นี้ เช่น ไม่สามารถบอกได้ว่า อาหารมื้อล่าสุดที่ผู้ป่วยรับประทานมีอะไรบ้าง เป็นต้น	24
- ลืมสถานที่และวันที่สำคัญ เช่น	3
1. จบชั้น ป.4 ที่ไหน	1
2. บวชเรียนที่วัดไหน อายุเท่าไร	1
3. วัน เดือน ปีเกิดของผู้ป่วย	1
4. อายุเท่าไร	-

Copyright by Mahidol University

จากตาราง 31 ผู้ป่วยกลัวโรคปิกส์ ส่วนใหญ่สืบเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อเร็วๆ นี้มากถึง ร้อยละ 24 รองลงมาผู้ป่วยสืบสถานที่และวันที่สำคัญ ร้อยละ 3

ตาราง 32 ร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามพฤติกรรมไม่รู้กาละเทศะ (N = 100)

ไม่รู้กาละเทศะ	ร้อยละ
– ไม่สามารถบอกสิ่งต่อไปนี้ได้	
1. วัน เดือน ปี ในขณะนี้	41
2. ขณะนี้เวลากะไร (เช้า, กลางวัน, เย็น – หรือกลางคืน)	–
– ไม่สามารถจำชื่อและชื่อสกุลของตนเองได้	–
– ไม่สามารถบอกได้ว่าตนเองอยู่ที่ไหน	–

จากตาราง 32 ผู้ป่วยกลัวโรคปิกส์ ส่วนใหญ่ไม่สามารถบอก วัน เดือน ปี ในขณะนี้ได้ ร้อยละ 41 และไม่พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไม่รู้กาละเทศะอื่น ๆ

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ก

Copyright by Mahidol University

รายนามผู้ตรวจคุณวุฒิ

แพทย์ทางระบบประสาท

1. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์บัญญ บุรณศิริ คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ดุลย์ วิริยเวชกุล คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

จิตแพทย์

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงอรพรรณ พลงแตง คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. อาจารย์แพทย์หญิง รวิวรรณ นิวจตพันธุ์ คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

พยาบาลจิตเวช

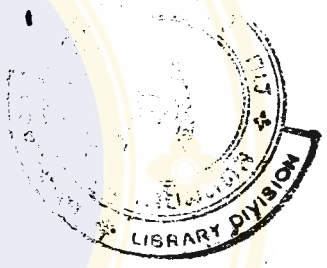
1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนา บุญทอง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. อาจารย์วาสนา แก้วมเขตร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. อาจารย์กรพรรณ ลือบุญชวัชชัย วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

พยาบาลออร์โธปิดิกส์

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญศรี ระเบียบ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วรรณี สัตยวิวัฒน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์บรรจง ตำหอมกุล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



17022
Copyright by Mahidol University