

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องการศึกษาพฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออริโอปีติกส์ ในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปเป็นสาระสำคัญ เสนอเป็นหัวข้อตามลำดับดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีการสื่อสาร
2. พฤติกรรมการสื่อสาร
3. ประเภทของการสื่อสาร
4. การสื่อสารกับบทบาทวิชาชีพการพยาบาล
5. ผู้ป่วยออริโอปีติกส์
6. การดูแลด้านร่างกายและจิตใจในผู้ป่วยออริโอปีติกส์
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### แนวคิดและทฤษฎีการสื่อสาร

การสื่อสาร (Communication) มาจากศัพท์ภาษาละตินว่า Communis ตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า Common แปลว่า เหมือนกัน ร่วมกัน หรือคล้ายคลึงกัน เราสื่อสารเพื่อการมีส่วนร่วมรับรู้ข้อมูล ข่าวสาร เรื่องราวต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในความหมายของสารที่ตรงกัน (วาสนา จันทร์สว่าง และทัศนีย์ อินทรสุศรี, 2532)

ความหมายของคำว่า "การสื่อสาร" มีผู้ให้ความหมายและคำอธิบายไว้ ดังนี้

Lewis (1975) quoted in Hoy and Miskel (1991) ได้ให้ความหมายของการสื่อสารไว้ว่าหมายถึง การให้ข้อมูลข่าวสาร ความนึกคิด หรือทัศนคติที่ทำให้เกิดความเข้าใจกันระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร

Berko (1995) กล่าวว่า การสื่อสารเป็นสิ่งที่รู้ตัวหรือไม่รู้ตัว เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นทั้งที่ตั้งใจหรือไม่ได้ตั้งใจ ซึ่งแสดงออกทางความรู้สึกและความคิด เป็นการส่งข่าวสารด้วยวาจา และ/หรือไม่ใช่ด้วยวาจา ไปยังผู้รับสาร

สวณิต ยมาภัย (2526) ให้ความหมายของการสื่อสารไว้ว่า เป็นการติดต่อกันระหว่างมนุษย์ เพื่อทำให้รับรู้เรื่องราวอันมีความหมายร่วมกัน และเกิดการตอบสนองต่อกัน

ถิรนันท์ อนวัชศิริวงศ์ (2528) ให้ความหมายของการสื่อสารไว้ว่าหมายถึงพฤติกรรม และประสบการณ์ของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการสร้างความหมาย

วิเชียร ทวีลาภ (2534) ให้ความหมายของการติดต่อสื่อสาร (Communication) ไว้ว่า หมายถึงการกระทำใดก็ตามที่ผู้หนึ่งจะทำให้อีกผู้หนึ่ง เกิดความเข้าใจอย่างเดียวกัน โดยวิธีการ พูด เขียนหรือแสดงออกด้วยกิริยา ท่าทาง

บุญศรี ปราบณศักดิ์ และศิริพร จิรวัดมนกุล (2536) ได้สรุปความหมายของการสื่อสาร ไว้ว่า คือกระบวนการแลกเปลี่ยนและร่วมกันรับรู้เรื่องราวข่าวสารต่าง ๆ โดยมีความเข้าใจร่วมกัน ต่อสัญลักษณ์ที่แสดงเรื่องราวข่าวสารนั้น ๆ

กริช สืบสนธิ์ (2537) ให้ความหมายของการสื่อสารไว้ว่า การสื่อสารเป็นกระบวนการ ถ่ายทอดที่ไม่หยุดนิ่ง มีการรับรู้ และโต้ตอบการถ่ายทอดสาระ (ข่าวสาร ข้อมูล ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก) จะเป็นไปตามทักษะ ประสบการณ์ ความรู้ ความสนใจ ทั้งของผู้ส่งสารและผู้รับสาร

ปรมะ สตะเวทิน (2538) ได้สรุปความหมายของการสื่อสารไว้ว่า การสื่อสารคือ กระบวนการของการถ่ายทอดสาร (message) จากบุคคลฝ่ายหนึ่ง ซึ่งเรียกว่าผู้ส่งสาร (source) ไปยังบุคคลอีกฝ่ายหนึ่งซึ่งเรียกว่าผู้รับสาร (receiver) โดยผ่านสื่อ (channel)

จากความหมายของการสื่อสารดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่าการสื่อสารเป็นกระบวนการ แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารของผู้ส่งสารและผู้รับสาร ซึ่งแสดงออกได้โดยการใช้ถ้อยคำและไม่ ใช้ถ้อยคำ โดยผ่านช่องทางการสื่อสาร เพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน

### องค์ประกอบของการสื่อสาร

การสื่อสาร มีองค์ประกอบที่สำคัญคือ

1. ผู้พูดหรือผู้ส่งข่าวสาร (communicator หรือ sender) หมายถึงผู้ที่ต้องการจะ สื่อสารหรือถ่ายทอด แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความต้องการ ไปยังบุคคลอื่น
2. ข่าวสารหรือข้อความ (message) หมายถึงเนื้อหาสาระของข่าวสารข้อมูลต่าง ๆ ที่ผู้ส่งต้องการให้ผู้รับได้รับรู้
3. สัญลักษณ์ หรือ เครื่องหมาย (symbol หรือ signal) ซึ่งใช้เป็นสื่อกลางเพื่อแสดง ข้อความตามที่ผู้ส่งต้องการไปยังผู้รับ เช่นภาษา ท่าทาง สีหน้า อากัปกริยา เครื่องหมาย
4. ช่องทางในการสื่อสาร (channel) หมายถึงสิ่งที่ใช้เป็นสื่อ นำข้อความไปยังผู้รับเพื่อ ให้เกิดการรับรู้ โดยประสาทสัมผัสอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างรวมกัน เช่น การพูด-การฟัง การเขียน-อ่าน การมอง-การเห็น การส่งกลิ่น-การได้กลิ่น

5. ผู้รับ (communicatee หรือ receiver) หมายถึงผู้ที่รับข่าวสาร ข้อมูล หรือข้อความ ตามที่ผู้ส่งต้องการ

6. การป้อนกลับ (feedback) หมายถึงการตอบสนองที่ผู้ส่งสามารถทำการตรวจสอบได้ว่าผู้รับได้ทราบข้อความถูกต้องหรือไม่ ปฏิกริยาป้อนกลับนี้ บางครั้งอาจไม่เกิดขึ้นอยู่กับระบบ การสื่อสารแต่ละประเภท

### กระบวนการสื่อสาร (Process of Communication)

ระวีวรรณ ประกอบผล (2531) พูดถึงกระบวนการสื่อสารไว้ว่า หมายถึงอาการที่เปลี่ยนแปลงโดยต่อเนื่องกันของการสื่อสารอันเป็นการปฏิสัมพันธ์ (interaction) ระหว่างมนุษย์ โดยที่การสื่อสารมีกระบวนการตามลำดับขั้นดังนี้ (สุลักษณ์ มีชูทรัพย์, 2530)

1. ผู้ส่งข่าว (communicator หรือ sender) อาจเป็นบุคคลเดียวหรือหมู่คณะก็ได้ จะเป็นผู้เริ่มต้นส่งข้อความไปยังบุคคลอื่น คือผู้รับ

2. เมื่อผู้ส่งข่าวมีข้อความหรือเรื่องราวข่าวสาร (information หรือ message) อาจเป็นคำสั่ง รายงาน คำอธิบาย คำแนะนำ ฯลฯ ที่จะถ่ายทอดไปยัง "ผู้รับ" ผู้ส่งจะต้องทำการวิเคราะห์ผู้รับโดยคำนึงถึงความสามารถในการรับรู้ เช่น ระดับการศึกษา พื้นความรู้ อาชีพ ประสบการณ์ ฯลฯ

3. เมื่อผู้ส่งวิเคราะห์ผู้รับแล้ว ก็จะเลือกเครื่องมือที่จะส่งข้อความนั้น (transmitter) ให้เหมาะสมกับผู้รับให้มากที่สุด เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงตามกับผู้ส่งต้องการ อาจเป็นเครื่องหมายหรือสัญลักษณ์ เช่น ภาษาพูดหรือเขียน รหัส ท่าทางการแสดงออก และอื่น ๆ ตามความเหมาะสมกับผู้รับ

4. เมื่อผู้ส่งได้พิจารณาเลือกเครื่องหมายหรือสัญลักษณ์ที่จะถ่ายทอดไปยังผู้รับแล้ว ก็ถ่ายทอดโดยผ่านช่องทางหนึ่งช่องทางใด (channel) หรือหลาย ๆ ทาง เช่น การส่งผ่านตามลำดับขั้น ตามสายการบังคับบัญชา หรือการประชุม หรือทางวิทยุ โทรทัศน์ เหล่านี้ เพื่อให้ผู้รับได้รับทราบจากประสาทสัมผัสทั้งห้า คือ การได้ยิน ได้เห็น ได้กลิ่น ได้รส ได้สัมผัส อย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลาย ๆ อย่างรวมกัน

5. ผู้รับข้อความหรือผู้รับข่าวสาร (communicatee หรือ receiver)

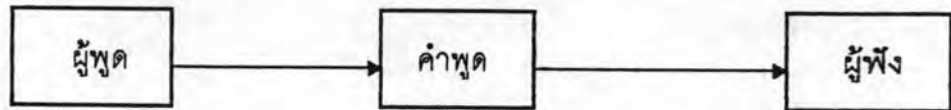
6. เมื่อผู้รับได้รับข้อความแล้ว จะทำการวิเคราะห์ ตีความ "ข้อความ" ที่มาในรูปของเครื่องหมายหรือสัญลักษณ์ก็เกิดเป็นผลของการติดต่อสื่อสาร (impact) หรือ การตอบสนอง (respond)

### แบบจำลองของการสื่อสาร

แบบจำลอง คือสิ่งที่ถูกสร้างขึ้นใหม่ในรูปลักษณะทางกายภาพ หรือสัญลักษณ์ แทนปรากฏการณ์ต่าง ๆ ได้มากกว่าหนึ่งปรากฏการณ์ และต้องสามารถใช้ได้มากกว่าเวลาหนึ่ง เช่น แบบจำลองทางการสื่อสารเป็นเครื่องช่วย เป็นสัญลักษณ์และเป็นตัวแทนของกระบวนการสื่อสาร เป็นแผนภาพที่ใช้อธิบายการสื่อสารซึ่งเป็นคำอธิบายตัวทฤษฎีโดยพยายามทำให้ง่ายขึ้น ในที่นี้จะขอนำแบบจำลองการสื่อสารที่สำคัญมาเสนอเพียง 5 แบบ ดังต่อไปนี้ คือ

#### 1. แบบจำลองของอริสโตเติล (The Aristotelian Model)

เป็นรูปแบบการสื่อสารที่เก่าแก่ที่สุดและเชื่อกันว่าเป็นแบบจำลองแรกสุดของการสื่อสาร อริสโตเติลได้วิเคราะห์กระบวนการพูดเพื่อชักจูงใจว่ามีองค์ประกอบที่สำคัญคือ ผู้พูด (speaker) คำพูด (speech) และผู้ฟัง (audience) ซึ่งอาจเขียนเป็นแบบจำลองได้ดังนี้



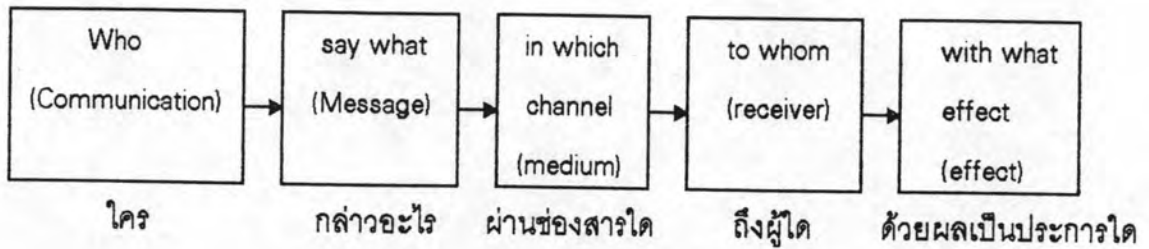
แผนภาพที่ 1 แบบจำลองของอริสโตเติล

ที่มา : ประมะ สตะเวทิน, 2538.

อริสโตเติล ได้อธิบายว่า การพูดจะมีประสิทธิผลในการชักจูงได้มากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับบุคลิกลักษณะของผู้พูด (character หรือ "ethos") ว่ามีความรู้ มีความน่าเชื่อถือ น่าเลื่อมใส น่าไว้วางใจเพียงใด ในขณะที่เดียวกันคำพูดก็มีความสำคัญด้วย กล่าวคือ เนื้อหาสาระของคำพูด ตลอดจนการเรียบเรียง และวิธีการพูด (content, arrangement and delivery) ก็จะมีผลต่อการชักจูงใจด้วย ในส่วนของผู้ฟังซึ่งเป็นผู้ได้รับผลกระทบจากการพูดเป็นผู้ถูกชักจูง จะเชื่อตามคำพูดของผู้พูดหรือไม่ขึ้นอยู่กับอารมณ์ของผู้ฟัง (emotion)

#### 2. แบบจำลองของลาสเวลล์ (The Lasswel Model)

แบบจำลองการสื่อสารของลาสเวลล์ เป็นทฤษฎีการสื่อสารที่อธิบายกระบวนการสื่อสารเชิงพฤติกรรม (the behavioral school of thought) เป็นการศึกษาปฏิบัติการระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร เนื้อหาข่าวสาร ชนิดของสื่อที่ใช้และผลอันเกิดจากการกระทำการสื่อสาร ลาสเวลล์ อธิบายกระบวนการสื่อสารโดยตั้งเป็นคำถามเกี่ยวกับตัวผู้ส่งสาร ผู้รับสารและผลของการสื่อสารว่า ใครพูดอะไรผ่านช่องทางไหนถึงใครได้ ผลเป็นอย่างไรอาจเขียนเป็นแผนภาพได้ ดังนี้



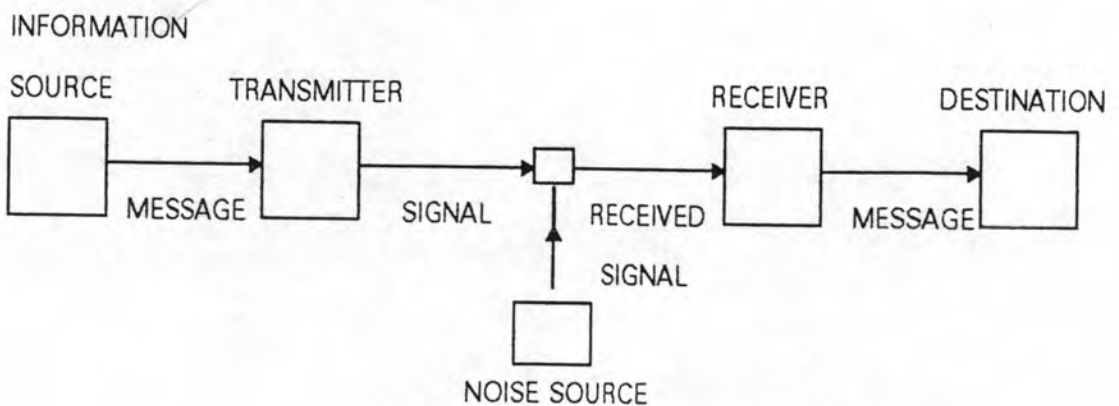
แผนภาพที่ 2 แบบจำลองของลาสเวลล์

ที่มา : ธนวัต บุญลือ, 2531.

- ใคร คือ ผู้ที่กำหนดและควบคุมเนื้อหาข่าวสาร
- อะไร คือ เรื่องหรือเนื้อหาสาระของเรื่องที่ถูกสื่อสารออกไป
- ช่องทางหรือช่องสาร คือ ตัวกลางหรือสื่อที่ข่าวสารถูกส่งผ่านไปยังผู้รับ
- ถึงผู้ใด คือ ผู้รับสาร
- ผล คือ สิ่งที่เกิดขึ้นอันเป็นมาจากการสื่อสาร

3. แบบจำลองของแชนนอนและวีเวอร์ (The Shannon and Weaver Model)

แบบจำลองของแชนนอนและวีเวอร์เป็นแบบจำลองที่อธิบายกระบวนการของการสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์ (electronic communication) และถือว่าเป็นต้นตำรับของทฤษฎีการสื่อสารในปัจจุบันตามความคิดของ แชนนอนและวีเวอร์นั้น การสื่อสารจะมีประสิทธิผลมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 6 ประการคือ ผู้พูด (information source) เครื่องส่ง (transmitter) สัญญาณ (signal) เครื่องรับ (receiver) ผู้ฟัง (destination) และเสียงรบกวน (noise source) ซึ่งมีลักษณะ ดังนี้



แผนภาพที่ 3 แบบจำลองของแชนนอนและวีเวอร์

ที่มา : Shannon, C.E. and Weaver, W., 1969

จากองค์ประกอบและแบบจำลองของแชนนอนและวีเวอร์ สามารถนำมาอธิบาย พฤติกรรมการสื่อสารของมนุษย์ได้ในลักษณะเดียวกัน กล่าวคือ ผู้พูด (information source) ก็คือ ผู้ส่งสาร เครื่องส่ง (transmitter) คือผู้ทำหน้าที่ในการถ่ายทอดสารจากผู้ส่งสารไปยังผู้รับสาร สัญญาณ (signal) ก็คือสาร เครื่องรับ (receiver) ก็คือผู้ทำหน้าที่รับสารแล้วส่งต่อไปยังผู้รับสาร ผู้ฟัง (destination) ก็คือผู้รับสารที่เป็นเป้าหมายของผู้ส่งสาร ส่วนเสียงรบกวน (noise source) นั้น หมายความว่าสิ่งรบกวนที่สอดแทรก หรือแข่งขันกับการสื่อสารนั้น (competing stimuli) ทำให้การ สื่อสารนั้นขาดความชัดเจนและด้อยประสิทธิภาพสิ่งรบกวนนี้จำแนกเป็นสองประเภทคือ สิ่งรบกวน ทางกายภาพ (physical noise) ได้แก่ สิ่งรบกวนที่เกิดจากภายนอกตัวบุคคล เช่นครูกำลังบรรยาย มีเสียงลมพัดบานประตูกระแทกดังปัง ประชานที่ประชุมกำลังพูด มีเสียงรถชนกันดังสนั่นขึ้น เสียง ดังปัง หรือเสียงรถชนกันนั้น เป็นสิ่งรบกวนทางกายภาพ สิ่งรบกวนอีกประเภทหนึ่งเรียกว่าสิ่งรบกวนทางใจ (psychological noise) หมายถึงสิ่งรบกวนที่เกิดจากความคิด สภาพจิตใจ และอารมณ์ ของผู้สื่อสารเอง เช่น อารมณ์ไม่ดี วิตกกังวล ใจลอย หรือความเจ็บปวด ทำให้ส่งและรับสารได้ไม่ ครบถ้วนหรือตรงตามที่ควรจะเป็น

#### 4. แบบจำลองของเวสเลย์และแมค ลีน (The Westley and Mac Lean Model)

เวสเลย์และแมค ลีน ได้พยายามสร้างแบบจำลองการสื่อสารที่สามารถใช้อธิบาย ได้ทั้งการสื่อสารระหว่างบุคคลแบบเห็นหน้าค่าตากัน (Face-to-face communication) และการ สื่อสารมวลชน (Mass communication) ในที่นี้จะนำเสนอเฉพาะแบบจำลองการสื่อสารระหว่าง บุคคลแบบเห็นหน้าค่าตากัน ดังนี้ คือ

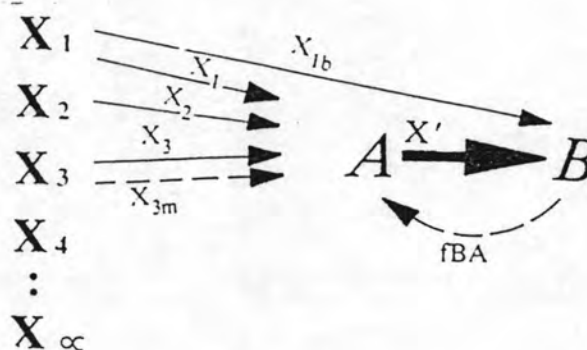
4.1 ในการสื่อสารระหว่างบุคคลแบบเห็นหน้าค่าตากันนั้น คู่สื่อสาร (ผู้ส่งสาร และผู้รับสาร) สามารถที่จะรับรู้ความรู้สึกของฝ่ายตรงข้ามได้มากกว่าการสื่อสารมวลชนเพราะใน การสื่อสารระหว่างบุคคลแบบเห็นหน้าค่าตากันนั้น มีประสาทที่จะสัมผัสความรู้สึกได้มากกว่า (more sense modalities) กล่าวคือ สามารถทั้งได้ยินเสียง (hearing) ได้เห็น (seeing) ตลอดจนจับ ต้องได้ (touching)

4.2 ในการสื่อสารระหว่างบุคคลแบบเห็นหน้าค่าตากันนั้น ทำให้คู่สื่อสาร ได้รับการสื่อสารกลับทันทีทันใด (immediate "feedback") กล่าวคือสามารถทราบปฏิกิริยา และความรู้สึกของฝ่ายตรงข้ามได้รวดเร็ว ในขณะที่การสื่อสารมวลชนนั้น โอกาสที่คู่สื่อสาร จะได้รับการสื่อสารกลับ (feedback) มีน้อยกว่า หรือเป็นการสื่อสารกลับที่ล่าช้า (delayed "feedback")

องค์ประกอบในกระบวนการสื่อสารตามแบบจำลองของเวสเลย์ และแมค ลีน ประกอบด้วย

1. สิ่งของและเหตุการณ์ (objects and events)
2. สาร (message)
3. ผู้ส่งสาร (source)
4. ผู้รับสาร (receiver)
5. การสื่อสารกลับ (feedback)

แบบจำลองการสื่อสารระหว่างบุคคลแบบเห็นหน้าค่าตากัน มีลักษณะดังนี้



แผนภาพที่ 4 แบบจำลองของเวสเลย์ และแมค ลีน

ที่มา : ประมะ สตะเวทิน, 2538.

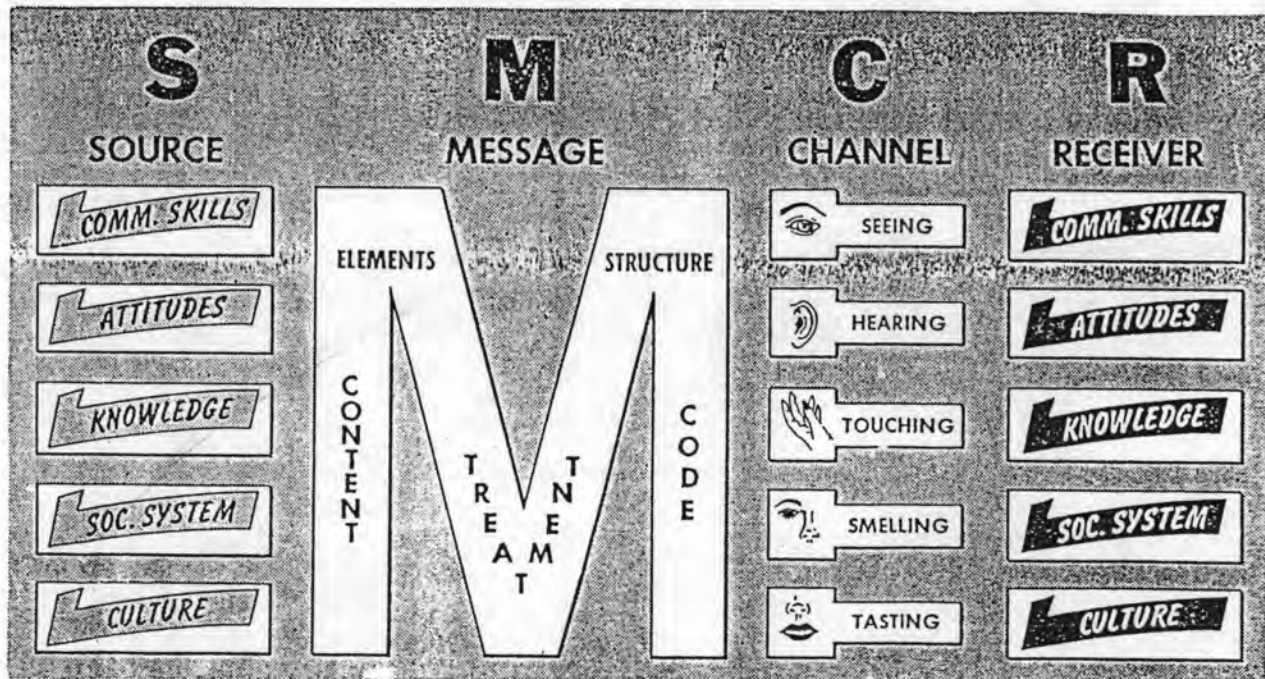
ผู้ส่งสาร (A) ได้พบเห็นสิ่งของหรือเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง, ( $X_1$ ) ในบรรดา สิ่งของ และเหตุการณ์ทั้งหลายที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมของตน ( $X_1, X_2, X_3, X_4, \dots, X_\infty$ ) เมื่อต้องการจะบอกเหตุการณ์นั้น ( $X_1$ ) ให้ผู้รับสาร (B) ทราบ (ซึ่งผู้รับสารอาจจะทราบหรือไม่ทราบเหตุการณ์นั้นมาก่อนก็ได้ ( $X_{1b}$ ) ผู้ส่งสาร (A) จึงสร้างและส่งสารนั้นไป ( $X'$ ) ยังผู้รับสาร (B) ทราบ และมีความรู้สึกนึกคิดอย่างไร ก็สื่อสารกลับ (fBA) ไปยังผู้ส่งสาร (A)

#### 5. แบบจำลองของเบอร์โล (The Berlo Model)

แบบจำลองของเบอร์โล ที่เรียกว่า S-M-C-R Model ซึ่งย่อมาจาก Source, Message, Channel และ Receiver ตามลำดับเป็นแบบจำลองที่ได้รับการอ้างอิงอย่างกว้างขวาง เบอร์โลได้อธิบายกระบวนการสื่อสารของมนุษย์ว่า เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยปัจจัย หรือ องค์ประกอบ (ingredients) ที่สำคัญ 6 ประการ คือ

1. ผู้ส่งสาร (communicator source)
2. ผู้เข้ารหัส (encoder)
3. สาร (message)
4. สื่อ (channel)
5. ผู้ถอดรหัส (decoder)
6. ผู้รับสาร (communication receiver)

ในกรณีของการสื่อสารระหว่างบุคคล 2 คนนั้น เบอร์โลเห็นว่าผู้ทำหน้าที่ส่งสาร และผู้ทำหน้าที่เข้ารหัสสามารถเป็นคน ๆ เดียวกันได้รวมเรียกว่า ผู้ส่งสาร (source) ในทำนองเดียวกันผู้ทำหน้าที่ในการถอดรหัสและผู้ทำหน้าที่ในการรับสารก็สามารถเป็นคน ๆ เดียวกันได้เช่นกัน รวมเรียกว่าผู้รับสาร (receiver) ดังนั้น องค์ประกอบที่สำคัญในกระบวนการสื่อสารตามแนวคิดของเบอร์โลจึงสามารถสรุปได้เหลือ 4 องค์ประกอบ คือ ผู้ส่งสาร (source) สาร (message) สื่อ (channel) และผู้รับสาร (receiver) ซึ่งมีลักษณะดังนี้



แผนภาพที่ 5 แบบจำลองของเบอร์โล

ที่มา: Berlo, 1960.



แบบจำลองของเบอร์โลมีประโยชน์ในการอธิบายถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของการสื่อสาร คือ ในตัวผู้ส่งสารและผู้รับสาร จะประกอบด้วยปัจจัยที่เหมือนกันทั้ง 5 ปัจจัย ได้แก่ ทักษะทางการสื่อสาร (communication skills) เจตคติ (attitudes) ความรู้ (knowledge) ระบบสังคม (social system) และวัฒนธรรม (culture) ในตัวสารนั้น ปัจจัยที่มีผลกระทบ ได้แก่ เนื้อหาของสาร (content) รหัสสาร (code) และการจัดสาร (treatment) ซึ่งทั้ง 3 ส่วนนี้จะมีส่วนย่อย (elements) และโครงสร้าง (structure) การนำเสนอในส่วนของข่าวสารนั้น เบอร์โล ได้แสดงช่องทางการเปิดรับความรู้สึกไว้ 5 ทาง คือ การเห็น ได้ยิน สัมผัส ได้กลิ่น และการลิ้มรส

จากแบบจำลองของการสื่อสารทั้ง 5 แบบข้างต้น สามารถจำแนกลักษณะของแบบจำลองได้เป็น 2 แบบ คือ

1. แบบจำลองกระบวนการสื่อสารแบบทางเดียว (Model of One-way Communication Process) เป็นการอธิบายการสื่อสารโดยไม่กล่าวถึงการสื่อสารกลับ (feedback) และมีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 องค์ประกอบคือ ผู้ส่งสาร สาร สื่อ และผู้รับสาร
2. แบบจำลองกระบวนการสื่อสารแบบสองทาง (Model of Two-way Communication Process) เป็นการอธิบายการสื่อสารที่มีการสื่อสารกลับ (feedback) คือมีการโต้ตอบกันระหว่างผู้ส่งสารกับผู้รับสาร และมีองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ เช่นเดียวกับองค์ประกอบของกระบวนการสื่อสารทางเดียว การสื่อสารกลับ (feedback) เป็นแต่เพียงกระบวนการตอบกลับที่แสดงให้เห็นลักษณะของการโต้ตอบกันเป็นเพียงตัวอธิบายให้เห็นถึงการสื่อสารแบบสองทางเท่านั้น

### พฤติกรรมกรรมการสื่อสาร

เปลื้อง ณ นคร (2515) ให้ความหมายของพฤติกรรมไว้ว่า คือกิริยาอาการ การกระทำที่ปรากฏให้เห็นรวมถึงการนึกคิดต่าง ๆ แต่ละคนก็มีพฤติกรรมประจำตัวโดยเฉพาะ คือมีลักษณะกิริยาท่าทางความประพฤติ ตลอดจนความนึกคิดโดยเฉพาะของตนเอง แต่ในเวลาเดียวกันก็ต้องปรับกิริยาท่าทางความประพฤติ และความนึกคิดให้สอดคล้องกับภาวะที่เขารวมอยู่ด้วย

ถิรนนท์ อนุวัชศิริวงศ์ (2528) ให้ความหมายของพฤติกรรมไว้ว่าเป็นหน่วยพื้นฐานของระบบการสื่อสาร ที่ชี้ให้เห็นถึงสหสัมพันธ์ระหว่างระบบปฏิสัมพันธ์ที่เป็นรูปธรรม ได้แก่ พฤติกรรมที่ปรากฏในการสื่อสารกันของมนุษย์ เช่น การใช้คำพูด สายตา น้ำเสียง กับระบบความคิดจิตใจของมนุษย์ ได้แก่ พฤติกรรมที่เป็นนามธรรมทั้งหลาย เช่น ความรู้สึกผูกพันรักใคร่ พฤติกรรมการสื่อสารนี้จะปรากฏออกมาในแบบแผนปฏิสัมพันธ์ของบุคคล ซึ่งเป็นแบบแผนพฤติกรรมที่เป็น

ประโยชน์ร่วมของคนโดยทั่วไป เป็นสิ่งที่น่าจะอธิบายสถานการณ์การสื่อสารที่เกิดขึ้นจริง ๆ ได้เป็นอย่างดี

กันยา สุวรรณแสง (2532) กล่าวไว้ว่า พฤติกรรม เป็นการแสดงออกแห่งการตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ หรือปฏิกิริยาตอบสนองที่เลือกแล้วว่าเหมาะสมที่สุดในสถานการณ์นั้น ๆ

ขวัญเรือน กิตติวัฒน์ (2532) ให้ความหมายของพฤติกรรมสื่อสารไว้ว่า หมายถึง การกระทำ หรือการแสดงออกซึ่งกิริยาอาการในลักษณะที่บ่งบอกว่าเป็นการติดต่อสื่อสารเพื่อความเข้าใจซึ่งกันและกัน โดยอาศัยกระบวนการแลกเปลี่ยนและถ่ายทอดข่าวสาร ความรู้ ความคิด ตลอดจนประสบการณ์ระหว่างกันและกัน

จากที่กล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า พฤติกรรมสื่อสาร หมายถึง ลักษณะที่แสดงออกทางกิริยา ท่าทาง คำพูด สายตา ร่วมกับความรู้สึกนึกคิด ซึ่งเป็นพฤติกรรมในลักษณะรูปธรรมและนามธรรมในการติดต่อสื่อสารกัน โดยอาศัยกระบวนการสื่อสารในการสื่อความหมายซึ่งกันและกัน

### พฤติกรรมสื่อสารแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะใหญ่ ๆ คือ

1. **พฤติกรรมภายนอก** (overt behavior) หมายถึง พฤติกรรมสื่อสารที่สามารถสังเกตเห็นได้จากภายนอกหรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า **พฤติกรรมเปิดเผย** เกิดจากกระบวนการที่คนเรามีปฏิสัมพันธ์กับปรากฏการณ์ เหตุการณ์ หรือสรรพสิ่งที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อม อันเป็นผลที่ทำให้พฤติกรรมสื่อสารปรากฏออกมาในรูปแบบที่สามารถเห็นได้ เช่น พฤติกรรมการพูด การเขียน การหัวเราะ การแสดงสีหน้า การแต่งกาย เป็นต้น

2. **พฤติกรรมภายใน** (covert behavior) หมายถึง พฤติกรรมสื่อสารที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้จากภายนอก หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า **พฤติกรรมปกปิด** เกิดจากกระบวนการภายในตัวบุคคล เกี่ยวข้องกับระดับสติปัญญา จิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมสื่อสารในแง่ของการเรียนรู้ การจดจำ การคิด การตัดสินใจ ฯลฯ

ดังนั้นพฤติกรรมสื่อสารของพยาบาลก็คือ การกระทำทุกอย่างที่พยาบาลกระทำหรือแสดงออก ซึ่งอาจจะสังเกตได้หรือไม่ได้ก็ตาม อันเป็นผลเนื่องมาจากระดับสติปัญญา จิตใจ อารมณ์ และความรู้สึกนึกคิดของแต่ละบุคคลซึ่งเป็นพฤติกรรมภายใน แต่ถ้าพยาบาลแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมขณะปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วย โดยแสดงออกทาง คำพูด การเคลื่อนไหว สายตา การสัมผัส น้ำเสียง ระยะเวลา ก็เป็นพฤติกรรมภายนอกที่สามารถสังเกตเห็นได้

จากที่กล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า พฤติกรรมสื่อสารเป็นสิ่งที่พยาบาลพึงตระหนัก เพราะในการสื่อสารกันระหว่างบุคคล เช่น พฤติกรรมสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยนั้น

หากมีพฤติกรรมสื่อสารที่ดีซึ่งกันและกันก็จะทำให้การสื่อสารเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลอันจะส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาล

### ประเภทของการสื่อสาร

ปรมะ สตะเวทิน (2538) ได้จำแนกประเภทของการสื่อสารของมนุษย์ โดยใช้เกณฑ์ 5 ประการคือ

1. จำนวนของผู้ทำการสื่อสาร
2. การใช้ภาษา
3. การเห็นหน้าค่าตา
4. ความแตกต่างระหว่างผู้ส่งสารกับผู้รับสาร
5. ลักษณะเนื้อหาวิชา

#### 1. การจำแนกประเภทโดยถือเกณฑ์จำนวนผู้สื่อสาร แบ่งเป็น

1.1 การสื่อสารภายในตัวบุคคล (Intrapersonal Communication) คือ บุคคลคนเดียวเท่านั้นทำหน้าที่เป็นทั้งผู้ส่งสารและรับสาร เช่นการคิด การพูดกับตัวเอง การร้องเพลงคนเดียว การบันทึกประจำวันสำหรับตนเอง

1.2 การสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal Communication) คือการที่บุคคล 2 คนขึ้นไป สื่อสารกันเป็นทั้งผู้ส่งสารและรับสารสลับกันไป ประกอบด้วยการสื่อสารวัจนสารโดยใช้ภาษาถ้อยคำ และการสื่อสารอวัจนสารโดยภาษาที่ไม่ใช้ถ้อยคำ

1.3 การสื่อสารกลุ่ม (Group Communication) เป็นการสื่อสารกับคนจำนวนมากซึ่งอยู่ในที่เดียวกันหรือใกล้เคียงกัน เช่น การบรรยายในที่ประชุม การสอนในห้องเรียนการปราศรัย การหาเสียงเลือกตั้ง เป็นต้น

1.4 การสื่อสารในองค์การ (Organizational Communication) คือการสื่อสารระหว่างสมาชิกขององค์การหรือหน่วยงาน เช่น การสื่อสารในบริษัท และการสื่อสารในหน่วยงานราชการ เป็นต้น

1.5 การสื่อสารมวลชน (Mass Communication) เป็นการสื่อสารไปยังประชาชนจำนวนมากพร้อมกันหรือในเวลาใกล้เคียงกัน โดยประชาชนเป้าหมายอาจอยู่ห่างไกลกัน อยู่กระจัดกระจายกันในที่ต่าง ๆ สื่อมวลชนนั้นเป็นเครื่องมือของการสื่อสารมวลชน สื่อมวลชนแบ่งเป็น 4 ประเภทคือ หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ และภาพยนตร์

## 2. การจำแนกประเภทการสื่อสารโดยถือเกณฑ์การใช้ภาษา แบ่งเป็น

2.1 การสื่อสารโดยภาษาที่ใช้ถ้อยคำ (Verbal Communication) เป็นการสื่อสารโดยใช้ภาษาพูด ภาษาเขียน เรียกว่า วจนภาษา

2.2 การสื่อสารโดยภาษาที่ไม่ใช้ถ้อยคำ (Nonverbal Communication) เรียกว่า อวจนภาษาคือการสื่อสารด้วยอากัปกริยาท่าทางหรือสัญลักษณ์ต่าง ๆ เช่นเวลา เนื้อที่หรือระยะทาง กิริยาอาการ สิ่งของ ร่างกายและบริบท ซึ่งหมายถึงสิ่งที่เกิดขึ้นแนบเนื่องกับภาษา เช่น เมื่อพูดบริบทคือระดับเสียงสูงต่ำ น้ำเสียง การหัวเราะ

## 3. การจำแนกประเภทการสื่อสารโดยถือเกณฑ์การเห็นหน้าค่าตากัน

3.1 การสื่อสารแบบเผชิญหน้า (Face-to-face Communication) คือผู้ส่งสารและผู้รับสารเผชิญหน้ากัน สามารถโต้ตอบซักถาม สังเกตอากัปกริยาท่าทางซึ่งกันและกันได้ เช่น การสนทนากัน การประชุมสัมมนา การเรียนในห้องเรียน

3.2 การสื่อสารแบบไม่เห็นหน้าค่าตากัน (Interposed Communication) คือ ผู้ส่งสารทั้ง 2 ฝ่ายอยู่ห่างไกลกันไม่สามารถสังเกตกิริยาท่าทางของฝ่ายตรงกันข้ามได้ ต้องใช้เครื่องมือช่วยในการสื่อสาร เช่น สื่อโทรคมนาคม สื่อมวลชนต่าง ๆ

4. การจำแนกประเภทการสื่อสาร โดยถือเกณฑ์ความแตกต่างระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร เช่น

4.1 การสื่อสารระหว่างเชื้อชาติ (Interracial Communication) เป็นการสื่อสารระหว่างชาติซึ่งมีความแตกต่างกันด้านความเป็นอยู่ ความคิด ประเพณีต่าง ๆ

4.2 การสื่อสารระหว่างวัฒนธรรม (Cross-cultural Communication) เป็นการสื่อสารของคนต่างวัฒนธรรมกัน แม้ในประเทศเดียวกันก็อาจต่างวัฒนธรรมกันได้ เช่น ประเทศไทยมีวัฒนธรรมภาคเหนือ กลาง ใต้ อีสาน ซึ่งแตกต่างกันไป

4.3 การสื่อสารระหว่างประเทศ (International Communication) เป็นการสื่อสารระดับชาติ ระหว่างคนของประชาชนประเทศต่าง ๆ มักเป็นการสื่อสารที่เป็นทางการ

## 5. การจำแนกประเภทการสื่อสารโดยถือเกณฑ์ลักษณะทางด้านวิชาการ

การกำหนดประเภทของการสื่อสารนี้ ถือลักษณะเนื้อหาวิชาการเป็นสิ่งสำคัญ เช่น การสื่อสารการเมือง การสื่อสารการสอน และการสื่อสารสาธารณสุข เป็นต้น

### การสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal Communication)

การสื่อสารระหว่างบุคคล เป็นช่องทางหนึ่งที่มีมนุษย์ใช้ในการติดต่อสื่อความหมายซึ่งกันและกัน และเกิดขึ้นเป็นประจำโดยแทบจะไม่รู้สึกรู้สีกตัว เป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด (วาสนา จันทรสว่าง และ ทศนีย์ อินทรสุขศรี, 2532) และได้มีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้ คือ

Blake and Haroldsen (1975) ให้ความหมายการสื่อสารระหว่างบุคคลไว้ว่าเป็นการสื่อสารโดยตรงระหว่างบุคคล 2 คน หรือมากกว่า โดยที่มีความใกล้ชิดกันซึ่งสัมผัสได้ด้วยประสาททั้งห้าอันเป็นประโยชน์และสามารถตอบสนองได้ในทันที

Stewart and Logan (1993) กล่าวไว้ว่า การสื่อสารระหว่างบุคคล เป็นการสื่อสารชนิดหนึ่งที่เกิดขึ้นในครอบครัว ระหว่างเพื่อนในที่ทำงาน และในชั้นเรียน เกิดขึ้นได้จากการใช้โทรศัพท์ ในงานเลี้ยง ในกลุ่มคนงาน ในที่ประชุมและระหว่างการพูดกับสาธารณชน

บุษบา สุธีธร (2531) ให้ความหมายของการสื่อสารระหว่างบุคคลไว้ว่าเป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนข่าวสารระหว่างผู้ส่งสารกับผู้รับสารอย่างน้อยสองคนหรือเป็นการสื่อสารระหว่างบุคคลในกลุ่มเล็กๆ ก็ได้ ทั้งนี้มีข้อแม้ว่าบุคคลในกลุ่มทุกคนสามารถร่วมมือ บทบาทเป็นทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสาร

จุมพล รอดคำดี (2532) ให้ความหมายของการสื่อสารระหว่างบุคคลไว้ว่า หมายถึงกระบวนการสื่อสารระหว่างบุคคล 2 คน ไปจนกระทั่งการสื่อสารภายในกลุ่มขนาดเล็กและกลุ่มขนาดใหญ่

วาสนา จันทรสว่าง และทศนีย์ อินทรสุขศรี (2532) ให้ความหมายของการสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal Communication) ไว้ว่า คือการสื่อความหมายระหว่างบุคคล 2 คนขึ้นไป ทั้งฝ่ายส่งสาร-รับสารได้ตอบซึ่งกันและกัน

จากความหมายของการสื่อสารระหว่างบุคคลที่กล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า การสื่อสารระหว่างบุคคล เป็นกระบวนการสื่อสารระหว่างบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน สามารถตอบสนองต่อสารได้ในทันทีโดยทั้งสองฝ่ายเป็นได้ทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสาร

### แบบของการสื่อสารระหว่างบุคคล

การสื่อสารระหว่างบุคคล แบ่งได้เป็น 3 แบบ คือ

1. การสื่อสารบุคคลต่อบุคคล (Person to person Communication)
2. การสื่อสารกลุ่ม (Group Communication)

### 3. การสื่อสารบุคคลกลุ่มใหญ่หรือการสื่อสารสาธารณะชน (Large group Communication or Public Communication)

#### 1. การสื่อสารบุคคลต่อบุคคล คือ

1.1 การสื่อสารแบบเผชิญหน้า (Face-to-face communication) การสื่อสารรูปแบบนี้ บุคคลจะต้องอยู่ใกล้กันพอที่ประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ หู ตา จมูก ปาก ผิวหนัง สามารถติดต่อกันได้ และสามารถมีปฏิริยาตอบสนองได้ทันที ฉะนั้นการสื่อสารแบบนี้จึงจำเป็นที่จะต้องรู้จักตนเองและเรียนรู้ถึงความคิดผู้อื่น พร้อมทั้งเปิดเผยตนเองให้ผู้อื่นเข้าใจ เพื่อให้การสื่อสารเป็นไปได้อย่างดี

1.2 การสื่อสารโดยผ่านสื่อกลาง การสื่อสารบุคคลต่อบุคคล บางครั้งจะสื่อสารโดยผ่านสื่อกลางโดยไม่ได้เผชิญหน้ากัน เช่น การสื่อสารผ่านโทรศัพท์ วิทยุสื่อสาร การเขียนในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งจะใช้เวลามากกว่าการสื่อสารแบบเผชิญหน้า และปฏิริยาสนองกลับจะช้าและบางที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้โดยแน่ชัด ประสิทธิภาพของการสื่อสารมักจะขึ้นอยู่กับสื่อเป็นส่วนใหญ่

#### 2. การสื่อสารกลุ่ม

การสื่อสารกลุ่ม คือการสื่อสารภายในกลุ่มบุคคลขนาดเล็กตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป

#### 3. การสื่อสารสาธารณะชน

การสื่อสารสาธารณะชน เป็นรูปแบบหนึ่งของการสื่อสารระหว่างบุคคล โดยคำนึงถึงผู้รับสารว่า คือกลุ่มบุคคลจำนวนมาก ซึ่งมารวมกลุ่มกันเป็นการสื่อสารแบบเผชิญหน้ากับคนกลุ่มใหญ่ เช่น การพูดในที่ชุมนุมชนซึ่งการมีปฏิริยาสนองกลับจะอยู่ในรูปสารที่ไม่ใช้คำมากกว่าใช้คำ การตอบสนองอาจจะทราบจากสีหน้าท่าทางของกลุ่ม การสนใจรับฟัง การให้ร้อง การปรบมือ ฯลฯ

ในการสื่อสารระหว่างบุคคลระยะห่างนับว่าเป็นสิ่งสำคัญ บุคคลจะใช้ระยะห่างของการสื่อสารเป็นสิ่งชี้ถึงความรู้สึกและทัศนคติที่มีต่อกัน (เสนาะ ตีเขยว, 2537) พยาบาลสามารถนำความรู้นี้มาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการสื่อสารกับผู้ป่วยได้ เช่น หลีกเลี่ยงการสนทนาโดยมีโต๊ะขวางกั้นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเว้นระยะห่างระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยให้เหมาะสมกับกิจกรรมที่ปฏิบัติ หลีกเลี่ยงการพิงผู้ป่วยหรือหยิบจับของส่วนตัวผู้ป่วยโดยเฉพาะบริเวณใบหน้า ศีรษะ เป็นต้น Hall (1959) quoted in Davies (1994), ลักษณะ ธรรมชาติ (2536) และเสนาะ ตีเขยว (2537) ได้แบ่งระยะห่างของการสื่อสารระหว่างบุคคลไว้เป็น 4 ระดับ คือ

1. ระยะเวลาที่ทำให้เกิดความใกล้ชิดสนิทสนมกัน (intimate zone) เป็นระยะที่ใช้กับบุคคลใกล้ชิดสนิทสนม เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างแม่กับลูก คู่รัก พยาบาลกับผู้ป่วย มีระยะตั้งแต่ 0-18 นิ้ว
  2. บริเวณหรือเนื้อที่ที่เป็นส่วนบุคคล (personal zone) เป็นพื้นที่ที่ใช้ระหว่างสมาชิกของครอบครัวหรือกลุ่มเพื่อน หรือระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้ขอคำปรึกษาที่ต้องการความเป็นส่วนตัว มีเนื้อที่ตั้งแต่ 18 นิ้วถึง 4 ฟุต
  3. เนื้อที่สำหรับการให้คำปรึกษาทางสังคม (social consultation zone) มักใช้ในกลุ่มของนักธุรกิจ บุคคลที่ทำงานร่วมกันทางสังคมหรือกลุ่มทางสังคม มีเนื้อที่ตั้งแต่ 4 ฟุต ถึง 12 ฟุต
  4. เนื้อที่สำหรับสาธารณชน (public zone) เช่น การให้ความรู้สุขภาพจิตแก่ประชาชน การจัดนิทรรศการสาธารณสุขมูลฐาน ในลักษณะนี้ต้องการใช้เนื้อที่มาก ใช้เนื้อที่ตั้งแต่ 12 ฟุตขึ้นไป การสื่อสารมักจะเป็นแบบทางการและการสื่อสารด้วยคำพูดมีความสำคัญมากกว่าการใช้การสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูด เพราะระยะห่างไม่อำนวยให้ทำเช่นนั้นได้
- การสื่อสารระหว่างบุคคลในการบริการพยาบาลที่ใช้กันเสมอ ได้แก่ การสัมภาษณ์ การสอนสุขภาพและการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพซึ่งจะเกิดขึ้นทุกชั้นตอนและทุกขณะคือเริ่มตั้งแต่
1. **การเก็บรวบรวมข้อมูล** โดยการสัมภาษณ์ การซักประวัติ การตีความหมายของข้อมูลที่ได้จากแหล่งต่าง ๆ เกี่ยวกับตัวผู้ป่วย คือจากการได้รับคำบอกเล่า จากบันทึกการตรวจร่างกาย การซักประวัติ การรายงานผลการตรวจทางห้องทดลอง และจากแผนกรังสีและอื่น ๆ
  2. **การวางแผนเพื่อการดูแลผู้ป่วย** ซึ่งการวางแผนก็ต้องใช้การสื่อสารระหว่างบุคลากรหลายฝ่าย แจ้งให้ทราบว่าการให้ทำอะไรในการให้บริการผู้ป่วย เป็นต้น
  3. **การนำแผนการให้การดูแลผู้ป่วยไปปฏิบัติ** ต้องใช้การสื่อสารโดยการมอบหมายงานให้แก่คนรับผิดชอบหรือมีการสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพสาขาอื่น เพื่อปรึกษาและแก้ปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วย นอกจากนี้ยังต้องสื่อสารกับผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการเพื่อให้รู้เกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาล ภาวะการเจ็บป่วยตลอดจนข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับนโยบาย กฎระเบียบ และสถานที่ที่เข้ารับบริการ
  4. **การประเมินผลการรักษาพยาบาลที่ได้รับ** ซึ่งจะต้องมีการสื่อสารระหว่างบุคลากรที่รับผิดชอบในผู้ป่วยนั้น ๆ รวมทั้งการสอบถามจากบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องและที่สำคัญคือ ตัวผู้ป่วยเองและจากญาติของผู้ป่วย

จากที่กล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าการสื่อสารระหว่างบุคคลในการบริการพยาบาล เป็นความสามารถของพยาบาลโดยตรงที่จะใช้ทักษะในการสื่อสารเพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ซึ่งก็คือการนำการสื่อสารมาใช้ในกระบวนการพยาบาลนั่นเอง

นอกจากนี้ สิ่งที่จะขาดเสียมิได้ในการสื่อสารระหว่างบุคคลก็คือ การฟัง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างมาก ความล้มเหลวของการสื่อสารเกิดจากการฟังได้เช่นเดียวกับการพูด การเขียนและการอ่าน หรืออาจจะมากกว่าในกรณีที่ผู้ฟังไม่สนใจฟังหรือเป็นผู้ฟังที่ไม่ดี ดังที่ Fiesta (1994) ได้กล่าวไว้ว่า บ่อยครั้งที่ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเกิดความล้มเหลวในการตอบสนองต่อคำขอร้องเพื่อให้ช่วยเหลือของผู้ป่วย ทั้งนี้ เป็นเพราะพยาบาลหรือแพทย์ดูเหมือนไม่ได้ฟังผู้ป่วยนั่นเอง โดยที่การสื่อสารไม่ได้หมายถึงการพูดคุยกับผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการฟังผู้ป่วยด้วย (Farman, 1995) ดังนั้น พยาบาลจึงควรพัฒนาทักษะในการฟังอยู่เสมอ

### การสื่อสารเชิงวัจนะและเชิงอวัจนะ

#### การสื่อสารเชิงวัจนะ (Verbal Communication)

เป็นการสื่อสารโดยใช้ภาษาพูดหรือภาษาเขียนเป็นสัญลักษณ์ในการสื่อสารเช่น พยาบาลพูดกับผู้ป่วย รายงานอาการผู้ป่วยด้วยปากเปล่าต่อพยาบาลด้วยกัน หรือเขียนแผนการพยาบาล และลงบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล เป็นต้น

#### การสื่อสารเชิงอวัจนะ (Nonverbal Communication)

เป็นการสื่อสารโดยใช้รหัสหรือสัญลักษณ์อย่างอื่นในการสื่อสาร แทนที่จะใช้ภาษาพูดหรือภาษาเขียน เช่น การยิ้ม การแสดงกิริยาอาการ วรคตอน เป็นต้น

สวณิต ยมาภัย (2521) กล่าวไว้ว่า มีนักวิชาการในต่างประเทศ ทำการวิจัยแล้วพบว่าการสื่อสารกันในวงสังคมนั้น มนุษย์รับรู้ความหมายซึ่งกันและกันจากข่าวสารที่ปรากฏออกมาทางใบหน้า ทางร่างกายและวัตถุต่าง ๆ ถึง 55 % จากที่ปรากฏเฉพาะทางน้ำเสียง 38 % ที่เหลืออีก 7 % เท่านั้น จึงได้จากสารที่เป็นถ้อยคำ

บุญศรี ปราบณศักดิ์ และศิริพร จิรวัฒน์กุล (2536) ได้เสนอการจำแนกการสื่อสารเชิงอวัจนะ (Nonverbal Communication) ไว้ 7 ประเภทได้แก่

1. อาการภาษา หมายถึง อวัจนภาษาที่อยู่ในรูปของการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น สันติริษะ กางแขนออกกัน โบกมือห้าม เดินกระแทกเท้า ฯลฯ อาการภาษานี้ พยาบาลต้องระมัดระวังการสื่อสารให้มาก โดยเฉพาะกับผู้ป่วยจิตเวช เพราะพฤติกรรมของพยาบาล ผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้ โดยเฉพาะพฤติกรรมที่เป็นไปในทางลบ เช่น การเมินเฉยของพยาบาล การสนใจ



ผู้ป่วยแต่ละคนไม่เหมือนกัน พยาบาลต้องวางตัวเป็นกลาง เป็นที่ศรัทธาและเชื่อถือของผู้ป่วย (ลักษณ์ ธรรมไพโรจน์, 2536)

2. **นัยนภาษา** คือ การส่งภาษาโดยใช้แววตา ลักษณะดวงตา และลักษณะการมอง เช่น ทำตาวาน ตาซึ่ง ตาขุ่น ตาเศร้า ฯลฯ ในการสนทนากับผู้ป่วยพยาบาลต้องสบตาผู้ป่วย สม่่าเสมออย่างเป็นธรรมชาติ เพื่อแสดงความสนใจ เอาใจใส่ต่อผู้ป่วย พยาบาลที่ดูนาฬิกาบ่อย ๆ หรือจ้องดูผู้ป่วยด้วยสายตาไม่พอใจ จะทำให้ผู้ป่วยอึดอัดและเลิกสื่้ม การพูด และการติดต่อกับ พยาบาล (ลักษณ์ ธรรมไพโรจน์, 2536)

3. **สัมผัสภาษา** คือ การส่งภาษาโดยการสัมผัส ซึ่งจะมีชนิดของการสัมผัส เช่น การ สะกิด การจับ เป็นต้น นอกจากนี้ ความนุ่มนวลหรือรุนแรงในการสัมผัสก็เป็นส่วนเสริมความหมาย ของภาษาสัมผัสให้ชัดเจนขึ้นด้วย บางสถานการณ์การสื่อสารโดยใช้สัมผัสภาษามีความสำคัญเป็น อย่างมาก ชนิดที่ถ้อยคำใด ๆ หรืออวัจนภาษาอื่นใดไม่อาจมาทดแทนได้ เช่น การสัมผัสที่แขน ของคนเจ็บที่กำลังนอนอยู่ในโรงพยาบาลเพียงเบาๆ จะสื่อสารความเห็นอกเห็นใจไปยังคนเจ็บและ ก่อให้เกิดกำลังใจได้อย่างดียิ่ง (สวณิต ยมาภัย, 2521) การสัมผัสที่เป็นหน้าที่ของพยาบาลในการ ดูแลผู้ป่วย เช่น การเช็ดตัวให้ผู้ป่วย การพุงผู้ป่วย หรือการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (Vortherms, 1991) และในปัจจุบันก็มีวิธีการรักษาโดยการสัมผัสที่เรียกว่า Therapeutic touch ซึ่ง เป็นวิธีการรักษาที่น่าสนใจมาก

4. **วัตถุภาษา** หมายถึง ภาษาที่แสดงออกโดยการใช้คุณลักษณะต่าง ๆ ของวัตถุ เช่น ชนิด ขนาด สี สัน ความสะอาด ความประณีต เช่น เครื่องแบบบอกอาชีพของบุคคล ดังที่ สวณิต ยมาภัย (2521) ได้กล่าวไว้ว่า การแต่งกายของคนเราโดยทั่ว ๆ ไปจะทำหน้าที่เป็นสารบอก กิจกรรม ภารกิจการ สถานภาพ รสนิยม ตลอดจนอุปนิสัยได้ชัดเจน

5. **เทศภาษา** คือความหมายของภาษาที่แสดงออกโดยอาศัยการใช้ตำแหน่งแห่งที่ อาณาบริเวณ การจัดระยะใกล้ไกล และสถานที่ เช่น ประธานจะนั่งหัวโต๊ะ เป็นต้น พิษชุตดา วิรัช พินทุ (2534) กล่าวไว้ว่า ระยะห่างจะมีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเพราะ ถ้าพยาบาลอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยจะแสดงถึงความเอาใจใส่ การยอมรับ และความไว้วางใจ แต่ถ้าอยู่ ไกลเกินไปก็จะแสดงถึงความไม่ชอบ รังเกียจ ไม่ยอมรับหรือไม่พอใจ อย่างไรก็ตามระยะห่าง ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยควรมีระยะที่ใกล้ชิดพอที่จะพูดคุยกับผู้ป่วยได้โดยสะดวกทั้งสองฝ่าย (Lore, 1981 อ้างถึงใน พิษชุตดา วิรัชพินทุ, 2534)

6. **กาลภาษา** หมายถึง การแสดงความหมายออกไปโดยอาศัยการให้เวลาหรือใช้เวลาร่วมกัน หรือการปฏิบัติที่เกี่ยวกับเวลา เช่น การให้พบในยามวิกาล แสดงว่าไว้ใจ การให้เวลาที่ติดต่อสื่อสารด้วยมาก แสดงว่ามีความเอาใจใส่ เป็นต้น

7. **ปริภาษา** หมายถึง การแสดงความหมายโดยอาศัยสิ่งที่แนบเนื่องออกมากับภาษาที่ใช้ถ้อยคำ เช่น น้ำเสียง การเน้นเสียง ในด้านภาษาที่เป็นกรเขียน ปริภาษา ได้แก่ วรรณตอนการย่อหน้า เป็นต้น คำพูด ตลอดจนระดับของเสียง เบาหรือดัง จังหวะในการพูด การทำเสียง “อ้อฮือ” “อา” “อุ” การตะโกน การกระซิบ การจาม การกระแอม การไอ การสะอึก การหัวเราะ ฯลฯ (ปรมะ สตะเวทิน, 2538) ซึ่งสามารถแสดงความรู้สึกของผู้พูดได้ เช่น ให้ความรัก ความสนใจ ยอมรับและเข้าใจ ไม่พอใจ โกรธ หรือเบื่อหน่าย (Borsig and Steinacker, 1982)

### การสื่อสารกับบทบาทวิชาชีพการพยาบาล

ในการปฏิบัติกรพยาบาล พยาบาลต้องแสดงบทบาทของตน ทั้งที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการ ผู้ร่วมงาน และบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง (ฟาริดา ฮิบราฮิม, 2535) การสื่อสารเป็นบทบาทที่สำคัญของวิชาชีพการพยาบาล เพราะเป็นบทบาทที่เป็นศูนย์กลางของการพยาบาลทั้งหมด (Potter, 1993) โดยที่การติดต่อสื่อสาร หรือปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ จะสะท้อนภาพทั้งที่เป็นความคิดและการกระทำของแต่ละบุคคลให้ปรากฏต่อกัน (Leddy and Peper, 1985 อ้างถึงใน นันทนา น้าฝน, 2538) นอกจากนี้การสื่อสารยังเป็นบทบาทที่สำคัญของวิชาชีพการพยาบาล เพราะการสื่อสารเป็นบทบาทที่เป็นหัวใจของการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย พยาบาลต้องนำ การสื่อสารมาใช้ในกระบวนการพยาบาล นั่นก็คือต้องใช้การสื่อสารในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวางแผนเพื่อให้การดูแลผู้ป่วย การนำแผนการให้การดูแลผู้ป่วยไปปฏิบัติ และการประเมินผลการรักษาพยาบาลที่ได้รับ

Beaton (1991) ได้อธิบายถึงการสื่อสารกับบทบาทของพยาบาลประจำการไว้ดังนี้

1. **พยาบาลด้านการให้บริการ** (The staff nurse as clinician) งานของพยาบาลประจำการส่วนใหญ่แล้วเป็นการใช้ความรู้ทางคลินิก ในบทบาทนี้พยาบาลจะต้องทำการประเมินอาการผู้ป่วย วางแผนการพยาบาล ทำการปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผล การให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นบทบาทของพยาบาลประจำการโดยตรง สำหรับบทบาทโดยอ้อมก็คือ การนิเทศการพยาบาล และการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน

2. **พยาบาลด้านการอำนวยความสะดวก** (The staff nurse as ward organizer) การบริหารจัดการและการอำนวยความสะดวกในหอผู้ป่วยมีความสำคัญมาก ถ้าพยาบาลทำได้อย่างเหมาะสม สิ่งที

ปรากฏเสมอก็คือการทำงานที่ซ้ำซ้อนกัน พยาบาลต้องทำการสื่อสารเพื่อให้ได้ข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ซึ่งไม่ได้เป็นเพียงการสื่อสารกันเองภายในหอผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังต้องติดต่อกับแผนกอื่น ๆ ด้วย ในบทบาทนี้พยาบาลจะเป็นศูนย์รวมด้านการอำนวยความสะดวกเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสาร

3. **พยาบาลด้านการจัดบุคลากร** (The staff nurse as personnel manager) การบริหารจัดการที่ดีเป็นสิ่งสำคัญในองค์การและการสื่อสารก็เป็นสิ่งจำเป็นในการบริหารจัดการ การนิเทศงาน มอบหมายงาน วางแผนงาน โดยที่การบริหารจัดการที่ดีนั้นขึ้นอยู่กับการศึกษาของพยาบาล คือต้องเป็นผู้ทำการสื่อสารที่ดี

4. **พยาบาลด้านการเป็นผู้ให้และรับข้อมูลข่าวสาร** (The staff nurse as information giver and receiver) บทบาทนี้แม้ว่าจะคล้ายคลึงกับบทบาทด้านการอำนวยความสะดวกก็เป็นบทบาทที่มีความสำคัญซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการติดต่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร พยาบาลจะต้องจัดการกับข้อมูลต่าง ๆ เป็นจำนวนมาก ทั้งข้อมูลที่เป็นคำพูดและการเขียนพยาบาลจะต้องมีความสามารถดังนี้ คือ

- 4.1 เก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างถูกต้อง
- 4.2 เก็บรักษาข้อมูลไว้ได้อย่างปลอดภัย
- 4.3 ต้องแน่ใจว่าข้อมูลที่ได้รับมานั้นถูกต้องตรงกัน

5. **พยาบาลด้านการเป็นผู้ให้คำปรึกษา** (The staff nurse as 'Counsellor') ในบทบาทนี้พยาบาลจะต้องพูดคุย ฟัง และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย นักศึกษาพยาบาล เป็นต้น บทบาทของการเป็นผู้ให้คำปรึกษานี้เป็นสัมพันธภาพเพื่อการช่วยเหลือรักษา เป็นการสื่อสาร 2 ทาง เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยหรือญาติค้นพบวิธีการแก้ปัญหา ซึ่งต้องอาศัยทักษะทางการสื่อสารที่ดี

6. **พยาบาลด้านการเป็นผู้แก้ปัญหา** (The staff nurse as 'Problem Solver') ในขณะที่ปฏิบัติงานแล้วมีเหตุการณ์ฉุกเฉินเกิดขึ้น พยาบาลจะต้องทำการแก้ปัญหาโดยต้องทำการประเมินสถานการณ์ ทำการตัดสินใจ และสื่อสารการตัดสินใจแก่บุคคลที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นความสามารถในการสื่อสารอย่างรวดเร็วและถูกต้อง จึงเป็นพื้นฐานที่สำคัญในบทบาทของการจัดการแก้ปัญหา

7. **พยาบาลด้านผู้ทำการประเมินและทำการตัดสินใจ** (The staff nurse as 'Assessor' and 'Decision-Maker') พยาบาลไม่ได้เป็นแต่เพียงผู้แก้ปัญหาเท่านั้น แต่จะต้องมีทักษะในการประเมินและทำการตัดสินใจด้วย ถ้าพยาบาลเป็นผู้ทำการสื่อสารที่ดีทั้งด้านการให้และรับข้อมูลข่าวสาร การปฏิบัติด้านการประเมินและทำการตัดสินใจก็จะส่งเสริมกัน แต่ถ้าพยาบาลเกิดความล้มเหลวในการรับและการให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ความสามารถในการตัดสินใจก็จะไม่ดี

8. **พยาบาลด้านการเป็นผู้แทนผู้ป่วย** (The staff nurse as the 'Patient's Advocate') พยาบาลจะต้องพยายามเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย เพื่อที่จะสามารถสื่อสารสิ่งเหล่านี้ในนามของผู้ป่วย กับบุคคลอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ การที่พยาบาลจะสามารถพูดในนามของผู้ป่วยได้นั้น พยาบาลจะต้องมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

Potter (1993) ได้อธิบายถึงบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลไว้ดังนี้ คือ

1. **บทบาทของการเป็นผู้ให้การดูแล** (Care Giver) ในบทบาทนี้ พยาบาลจะต้องให้การดูแลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดี หายจากโรค ต้องให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยคำนึงถึงอารมณ์และสังคมของผู้ป่วย ผู้ให้การดูแลจะต้องช่วยผู้ป่วยและครอบครัวให้บรรลุถึงเป้าหมายของการมีสุขภาพดีภายในระยะเวลาอันสั้น

2. **บทบาทของผู้ทำการตัดสินใจ** (Decision Maker) เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ พยาบาลต้องใช้ทักษะด้านการตัดสินใจ ตลอดจนกระบวนการพยาบาล ก่อนที่จะให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการประเมินสภาพของผู้ป่วย การให้การดูแลผู้ป่วย หรือการประเมินผลการพยาบาล พยาบาลจะต้องวางแผนเพื่อทำการตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยด้วยวิธีที่ดีที่สุด ในบางสถานการณ์ พยาบาลทำการตัดสินใจได้โดยลำพังหรืออาจทำการตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย และในบางกรณีพยาบาลต้องทำการตัดสินใจร่วมกับทีมสุขภาพอื่น ๆ ด้วย

3. **บทบาทของผู้ปกป้องและเป็นผู้แทนผู้ป่วย** (Protector and Client Advocate) ในบทบาทนี้พยาบาลจะช่วยคงไว้ซึ่งความปลอดภัยในสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย ต้องป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย สำหรับด้านการเป็นผู้แทนผู้ป่วย พยาบาลจะต้องปกป้องสิทธิของผู้ป่วยซึ่งเป็นสิทธิมนุษยชนและสิทธิทางกฎหมาย

4. **บทบาทด้านการจัดการ** (Manager) พยาบาลต้องประสานงานกับสมาชิกในทีมสุขภาพอื่น ๆ เช่น โภชนากรและนักกายภาพบำบัด เป็นต้น เมื่อพยาบาลจัดการดูแลผู้ป่วยพยาบาลต้องบริหารเวลาและทรัพยากรในการปฏิบัติงานให้เพียงพอกับการให้การดูแลผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก

5. **บทบาทด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ** (Rehabilitator) การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นกระบวนการเพื่อให้ผู้ป่วยแต่ละคนกลับคืนสู่ภาวะปกติหลังจากเจ็บป่วย ได้รับอุบัติเหตุ หรือเกิดความพิการหรือมีความบกพร่องด้านอารมณ์ ทำให้ชีวิตเปลี่ยนแปลงไป พยาบาลจะต้องช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่นการสอนผู้ป่วยให้เดินด้วยไม้ค้ำยัน เป็นต้น

6. **บทบาทด้านการเป็นผู้ให้ความสุขสบาย (Comforter)** การดูแลผู้ป่วยในฐานะเป็นบุคคลคนหนึ่งนั้นเป็นรากฐานของการพยาบาลมาแต่เดิมและยังคงมีความสำคัญอยู่ต่อไป เพราะการพยาบาลเป็นบริการที่ให้แกบุคคลโดยตรง การให้ความสุขสบายและประคับประคองอารมณ์ของผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยฟื้นคืนสภาพเร็วขึ้น

7. **บทบาทด้านการเป็นผู้ทำการติดต่อสื่อสาร (Communicator)** สำหรับบทบาทนี้เป็นบทบาทที่เป็นศูนย์กลางของบทบาทอื่น ๆ พยาบาลต้องทำการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย ทำการสื่อสารกับพยาบาลด้วยกันและทีมสุขภาพรวมทั้งชุมชน ถ้าปราศจากการสื่อสารที่ชัดเจน ก็เป็นไปได้ที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ หรือทำการตัดสินใจกับผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการปกป้องคุ้มครองผู้ป่วย จากภาวะคุกคามต่อสุขภาพ การประสานงาน และการจัดการดูแลผู้ป่วย การช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นคืนสภาพ การให้ความสุขสบายแก่ผู้ป่วย หรือการสอนผู้ป่วย การสื่อสารที่มีคุณภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ทราบถึงความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน ญาติของผู้ป่วย และชุมชนด้วย

8. **บทบาทด้านการเป็นผู้สอน (Teacher)** ในบทบาทนี้พยาบาลทำหน้าที่อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจในเรื่องของสุขภาพ แสดงให้เห็นถึงวิธีการปฏิบัติ เช่น การดูแลตนเอง โดยทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ ส่งเสริมด้านการเรียนรู้หรือพฤติกรรมของผู้ป่วย การสอน มีทั้งการสอนอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ การสอนอย่างไม่เป็นทางการ เช่น พยาบาลตอบข้อซักถามของผู้ป่วยและอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการทราบ ส่วนการสอนอย่างเป็นทางการนั้น ได้แก่ การสอนผู้ป่วยเบาหวานให้สามารถฉีดอินซูลิน (Insulin) ได้ด้วยตนเอง เป็นต้น โดยพยาบาลต้องใช้วิธีการสอนให้ตรงกับความสามารถและความต้องการของผู้ป่วย

Taylor (1993) ให้ความเห็นว่า ในฐานะที่พยาบาลเป็นผู้ให้การดูแลทางด้านสุขภาพ พยาบาลมีหน้าที่ในหลายบทบาท เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและเพื่อพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล ซึ่งบทบาทที่ Taylor กล่าวถึงนี้ ประกอบด้วยบทบาทดังต่อไปนี้ คือ

1. **บทบาทของผู้ทำการติดต่อสื่อสาร (Communicator)** เป็นบทบาทที่มีความจำเป็นมากในวิชาชีพการพยาบาลและเป็นบทบาทที่เป็นหัวใจของการดูแลเอาใจใส่ โดยที่การพยาบาลเป็นบริการที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง บนพื้นฐานสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ผู้ร่วมงานและสมาชิกอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ พยาบาลสามารถใช้ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล และการสื่อสารเพื่อการช่วยเหลือรักษา พยาบาลสามารถที่จะคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพอันดีกับผู้ป่วยและผู้ร่วมงานได้

2. **บทบาทผู้สอน (Teacher)** พยาบาลสามารถใช้ทักษะการสื่อสาร เพื่อทำการสอนผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยได้ การสอน การปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการเรียนรู้

3. **บทบาทของการเป็นผู้ให้คำปรึกษา (Counselor)** ในบทบาทนี้ พยาบาลสามารถให้ข้อมูลข่าวสาร ทำการส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหา และตัดสินใจได้ด้วยตนเอง

4. **บทบาทของการเป็นผู้นำ (Leader)** พยาบาลต้องปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม มีความสามารถในการเป็นผู้นำ และการนำมาซึ่งการเริ่มต้นการเปลี่ยนแปลงหรือความก้าวหน้าในการพัฒนาวิชาชีพด้วยความเชื่อมั่นและมีทักษะในการใช้สัมพันธภาพระหว่างบุคคล

5. **บทบาทของการเป็นนักวิจัย (Researcher)** พยาบาลอาจจะต้องทำการติดต่อสื่อสารเพื่อทำการวิจัยหรือนำข้อค้นพบที่ได้จากงานวิจัยมาใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วย หรือเป็นผู้มีส่วนร่วมในการทำวิจัยกับผู้อื่น

6. **บทบาทการเป็นผู้แทนผู้ป่วย (Advocate)** พยาบาลจะต้องเชื่อมโยงบทบาททั้งหมดดังกล่าวข้างต้น เพื่อสนับสนุนสิทธิของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยสามารถทำการตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพและชีวิตของตนเองได้ และต้องปกป้องสิทธิมนุษยชนและสิทธิทางกฎหมายแก่ผู้ป่วย

ฟาริดา อิบราฮิม (2535) ได้เสนอบทบาทของพยาบาลในขณะให้บริการผู้ป่วยว่า ประกอบไปด้วยบทบาทต่าง ๆ ดังนี้

1. **บทบาทให้การดูแล** งานการดูแลอาจจะเป็นงานอิสระที่พยาบาลสั่งการได้เอง เช่น กิจกรรมเพื่อสนองความต้องการพื้นฐาน การดูแลความสะอาด การให้ความสุขสบาย การเคลื่อนไหว การพูดคุย การเปิดโอกาสให้ระบายความทุกข์ การดูแลให้ได้รับอาหาร การขยับถ่าย การส่งเสริมการออกกำลังกาย ตลอดจนการส่งเสริมให้มีการปรับตัว ยอมรับสภาพการเจ็บป่วยและมีแรงกายแรงใจที่จะดูแลตนเองให้มีศักยภาพ งานการดูแลอาจจะไม่อิสระ ได้แก่ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา เช่น การเตรียมตรวจวินิจฉัย การให้ยา การเตรียมผ่าตัด การใช้เทคโนโลยีต่างๆ เป็นต้น ในบทบาทกึ่งอิสระเมื่อพยาบาลต้องปฏิบัติการดูแลในบทบาทที่กำกวมในระหว่างที่มสุขภาพ เช่น การร่วมมือกับนักกายภาพบำบัดในการฟื้นฟูสภาพ เป็นต้น

2. **บทบาทครู** พยาบาลมีหน้าที่ให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ทั้งในด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ การดูแลรักษาขณะเจ็บป่วย การฟื้นฟูเพื่อป้องกันความรุนแรงและพิการ ตลอดจนการปรับตัว พยาบาลจึงต้องอาศัยทักษะความเป็นครูในการประเมินความพร้อม และความพร้อม เพื่อการเรียนรู้ การวางแผนการ

สอนสุขภาพ การสอนผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการสอนรายบุคคลและรายกลุ่ม ตลอดจนการประเมินผลภายหลังการสอน

3. **บทบาทให้การปรึกษาหารือ** การปรึกษาเป็นกระบวนการช่วยเหลือเพื่อการตระหนักในภาวะเครียด และปรับได้เหมาะสม พยาบาลต้องมีทักษะในการสื่อสารภาษา มีความเป็นผู้นำเพียงพอที่จะวิเคราะห์สถานการณ์ สังเคราะห์ข้อมูลและประสบการณ์ที่ผ่านเข้ามา ตลอดจนประเมินผลความก้าวหน้า รวมทั้งการเป็นผู้ฟังที่ดี

4. **บทบาทผู้นำ** คือการเชิญชวนให้ผู้อื่นเชื่อถือ และปฏิบัติให้เป็นไปตามเป้าหมายสุขภาพ ทั้งนี้พยาบาลต้องมีความสามารถในการสื่อสารภาษาให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน โดยเฉพาะในขณะที่มีความคับข้องใจเกิดขึ้น

5. **บทบาทผู้จัดการ** ในการปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วย พยาบาลต้องทำหน้าที่บริหารพร้อมกันไปในด้านการบริหารคน บริหารการพยาบาล บริหารสภาพแวดล้อม เช่น กำหนดสายบังคับบัญชา จัดอัตรากำลัง มอบหมายงาน วินิจฉัยสั่งการ การจัดระบบการบริการพยาบาล การใช้กระบวนการพยาบาล การพัฒนาระบบการนิเทศ การพัฒนาทีมการพยาบาล ระบบบันทึก และการสื่อสารภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงาน

6. **บทบาทผู้ร่วมงาน** พยาบาลต้องทำงานร่วมกับทีมสุขภาพ พยาบาลจึงต้องปฏิบัติหน้าที่ผู้ร่วมงาน คือมีศักดิ์และสิทธิ์ไม่แตกต่างกัน โดยพยาบาลจะประสานให้เกิดความสอดคล้องในบทบาทที่ต้องปฏิบัติร่วมกัน จึงต้องมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ เรียนรู้งานและเทคโนโลยีที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย และพัฒนาทักษะการดูแลที่สอดคล้องกับทิศทางการปฏิบัติการรักษาพยาบาลในทีมสุขภาพ

7. **บทบาทที่ปรึกษาและขอคำปรึกษา** การปรึกษา อาจทำเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ แล้วแต่สภาพความต้องการความช่วยเหลือ การปรึกษาอาจกระทำพร้อมกับการส่งต่อหรือเพียงการขอความช่วยเหลือเพื่อการดูแลที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย

8. **บทบาทผู้เปลี่ยนแปลง** พยาบาลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยหรือปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย ทั้งสภาพแวดล้อมที่บ้านและที่โรงพยาบาล

9. **บทบาทผู้แทนผู้ป่วย** พยาบาลอาจต้องเป็นตัวกลางระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว หรือผู้ป่วยและแพทย์ เพราะพยาบาลทราบข้อมูลและปัญหาของผู้ป่วยทั้งหมด จึงสามารถให้การประคับประคองผู้ป่วยได้ใน 2 ลักษณะ เช่น ปฏิบัติหรือตัดสินใจในบทบาทของผู้ป่วยโดยตรง หรือให้โอกาสผู้ป่วย ได้มีส่วนรับผิดชอบร่วมกันในการตัดสินใจ เพื่อการวางแผนดูแลตนเองที่เหมาะสม

**10. บทบาทผู้ประสานด้านศาสนาและวัฒนธรรม** พยาบาลต้องเรียนรู้ลักษณะ วัฒนธรรมและศาสนาของผู้ป่วย ซึ่งมีผลต่อการประพฤติปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เพื่อวางแผนการ พยาบาลได้สอดคล้องและปรับเปลี่ยนให้เข้ากับระบบความเชื่อของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยลดช่องว่างใน การปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตของผู้ป่วยและญาติได้มาก

จากการศึกษาเรื่องการสื่อสารกับบทบาทวิชาชีพการพยาบาลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัย ได้คัดเลือกบทบาทด้านการสื่อสารของพยาบาล มาทำการศึกษา 8 บทบาท โดยถือเกณฑ์ที่มีผู้ กล่าวไว้ตรงกันหรือคล้ายคลึงกัน 2 คนขึ้นไป ได้แก่

**1. บทบาทด้านการดูแล** เป็นบทบาทที่สำคัญของการพยาบาล เพราะคำว่า การพยาบาลคือการดูแลเอาใจใส่ (บุญศรี ปราบณศักดิ์ และ ศิริพร จิรวัดมนกุล, 2536) พยาบาลเป็นผู้ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง เป็นงานด้านบริการ เป็นการกระทำโดยใช้ความรู้และคุณสมบัติทาง วิชาชีพที่ได้รับการรับรองโดยกฎหมาย เป็นการกระทำอย่างมีหลักการและเหตุผลตามกระบวนการ ทางวิทยาศาสตร์ มุ่งผลทางด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ (ทองรัตน์ บุญญาบุรุษ, 2530 อ้างถึงใน มณเฑียรณ์ วิทยาวงศรจิ, 2538)

**2. บทบาทผู้สอน** ในการดูแลผู้ป่วยนั้นพยาบาลมีหน้าที่ที่จะต้องทำการสอนให้ ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เป็นหน้าที่โดยตรง ของพยาบาลที่จะต้องมีการแนะนำการปฏิบัติ เพื่อให้ทราบวิธีการและกระทำในสิ่งที่ถูกต้อง ผลที่ ปรากฏออกมาจึงจะเป็นที่น่าพอใจ (เพยาว์ เกิดสุทธิพิศ, 2536) การดูแลพยาบาลผู้ป่วยจะมี ประสิทธิภาพเพียงใดนั้น ขึ้นกับความสามารถในการสอนของพยาบาลว่าสามารถอธิบายให้ผู้ป่วย เข้าใจและให้ความร่วมมือในการประพฤติปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดีได้เพียงใด (เขมารดี มาสิงบุญ, 2535)

**3. บทบาทด้านการให้คำปรึกษา** การให้คำปรึกษานั้นเป็นกิจกรรมสำคัญประการ หนึ่งของการพยาบาล พยาบาลจะช่วยเหลือผู้รับบริการให้สำรวจปัญหาของตน รวมถึงพฤติกรรม แบบแผนการแก้ปัญหาเดิมของตน และพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาวิธีใหม่ ปรับวิธีการคิด และปรับความรู้สึกต่อตนเองใหม่ ในบทบาทนี้พยาบาลจะเป็นเพียงผู้รับฟังปัญหา กระตุ้นให้ผู้ป่วย ได้ระบายความทุกข์หรือปัญหาทางอารมณ์ออกมา และในที่สุดผู้ป่วยจะเลือกตัดสินใจปัญหานั้น ๆ ด้วยตนเอง (ชมพูนุท พงษ์ศิริ, 2537)

**4. บทบาทด้านการเป็นผู้นำ** เขมารดี มาสิงบุญ (2535) กล่าวว่า การปฏิบัติ การพยาบาลจะบรรลุวัตถุประสงค์มากน้อยเพียงใดขึ้นกับความสามารถของพยาบาลที่จะโน้มน้าว ชักจูง ประสานงานให้ผู้ร่วมงาน ผู้ป่วยและญาติ ให้ความร่วมมือในการวางแผนและปฏิบัติ เพื่อ



ดูแลรักษาสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ ฟาริดา อิบราฮิม (2535) ที่กล่าวว่า บทบาทผู้นำคือการเชิญชวนให้ผู้อื่นเชื่อถือ และปฏิบัติให้เป็นไปตามเป้าหมายสุขภาพ โดยจะต้องมีความสามารถสื่อสารภาษาให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน

5. **บทบาทผู้จัดการ** ในการปฏิบัติงานของพยาบาลนั้น พยาบาลจะต้องใช้ความรู้ และทักษะในการบริหารจัดการ เพื่อมอบหมายการดูแลผู้ป่วย (Beare and Myers, 1994) และประสานงานกับสมาชิกในทีมสุขภาพ ซึ่งต้องใช้การสื่อสารทั้งภายในและระหว่างหน่วยงาน

6. **บทบาทด้านการให้และรับข้อมูลข่าวสาร** พยาบาลจะต้องทำการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ทั้งกับผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วย รวมทั้งผู้ร่วมงานและทีมสุขภาพ จากการศึกษาของ Devine และ Cook (1983) quoted in Wyatt (1993) พบว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยนั้นเป็นผลสืบเนื่องมาจากการไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร การให้ผู้ป่วยได้รับรู้รายละเอียดของวิธีปฏิบัติการพยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดทางอารมณ์น้อยที่สุด (เมรี อี เมเยอร์ส อ้างถึงใน ชูใจ บุญมาก, 2529) แต่อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันก็ยังพบว่าผู้ป่วยเป็นจำนวนมากที่ยังไม่ได้รับข้อมูลก่อนที่จะทำการผ่าตัด (Radcliffe, 1993) และ The Patient's Charter ได้กำหนดไว้ว่า มนุษย์ทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล รวมทั้งทางเลือกก่อนที่จะตัดสินใจว่าจะทำการรักษาหรือไม่ (Farman, 1995)

7. **บทบาทด้านการตัดสินใจ** ปัจจุบันมีแนวคิดเกี่ยวกับการให้อำนาจผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของการเจรจาระหว่างผู้ป่วย และพยาบาลเพื่อให้ได้ข้อตกลงในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน แต่ในผู้ป่วยภาวะวิกฤต หรือไม่รู้สึกรู้ตัว พยาบาลยังทำหน้าที่ในการวางแผนและตัดสินใจให้กับผู้ป่วย (วราภรณ์ ชัยวัฒน์ และ ประชิต ศรารักษ์, 2537) การให้รายละเอียดของข้อมูลเกี่ยวกับอาการ รวมทั้งการพยากรณ์โรค และการรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้รับบริการได้นำข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจ ในการรักษาและการปฏิบัติ เป็นบทบาทของพยาบาลที่เกี่ยวข้องกันกับบทบาทของการพยาบาลด้านการให้และรับข้อมูลข่าวสาร

8. **บทบาทด้านการเป็นผู้แทนผู้ป่วย** การเป็นผู้แทนผู้ป่วยนั้นมีความเกี่ยวข้องกันกับบทบาทของพยาบาลที่กล่าวแล้วข้างต้น 4 บทบาท คือ บทบาทผู้สอน บทบาทผู้ให้คำปรึกษา บทบาทผู้นำ และบทบาทการให้และรับข้อมูลข่าวสาร พยาบาลผู้ต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยทำการตัดสินใจต้องเป็นตัวกลางระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว หรือแพทย์ เพราะพยาบาลทราบข้อมูลและปัญหาของผู้ป่วยทั้งหมด จึงสามารถให้การประคับประคองผู้ป่วยได้ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2535)

## ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์

**ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์** หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บของกระดูก ข้อ กล้ามเนื้อ และประสาทที่ควบคุม รวมทั้งจากพยาธิสภาพของกระดูกเอง ซึ่งโดยทั่วไปแล้วมักเกิดจากการได้รับอุบัติเหตุเป็นส่วนใหญ่ เช่น อุบัติเหตุจากการจราจร อุบัติเหตุในโรงงานอุตสาหกรรม เป็นต้น

การจำแนกโรคทางออร์โธปิดิกส์ จำแนกได้เป็น 2 ลักษณะใหญ่ ๆ คือ

1. โรคของกระดูก กล้ามเนื้อ ข้อ เอ็น และประสาทที่เกี่ยวข้อง (Non traumatic orthopaedics) เช่น โรคการติดเชื้อของกระดูก (osteomyelitis) โรคปวดหลัง วัณโรคของกระดูก และข้อ โรคข้ออักเสบชนิดต่าง ๆ โรคพิการแต่กำเนิด และความพิการต่าง ๆ ของแขน ขา มือ เท้า ลำตัว และกระดูกสันหลัง

2. โรคกระดูกหัก ข้อเคลื่อน ข้อแพลง (Traumatic orthopaedics)

## วิธีการรักษาโรคทางออร์โธปิดิกส์

วิธีการรักษาโรคทางออร์โธปิดิกส์ แบ่งเป็น 2 วิธี คือ

1. การรักษาโดยไม่ต้องผ่าตัด ได้แก่ การพักผ่อนและพองส่วนนั้น เช่น การพันรัด (strapping) การใช้เครื่องช่วยพอง (brace) การตาม (splint) การดึง (traction) การเข้าเฝือก (plaster cast) กายภาพบำบัด การช้ำยาและอาหาร

2. การรักษาโดยวิธีการทำผ่าตัด ได้แก่ การตัดเอ็น (Tenotomy) การตัดกระดูก (Osteotomy) การผ่าตัดเข้าในข้อดูดหนองออก (Arrotomy) การเชื่อมข้อ (Arthrodesis) การผ่าตัดตกแต่งหรือเปลี่ยนข้อใหม่ (Arthroplasty) และการผ่าตัดตามหลักบริเวณที่กระดูกหัก (ORIF) รวมทั้งการตัดอวัยวะที่ได้รับอุบัติเหตุจนไม่สามารถเก็บรักษาไว้ได้ทั้งไป (Amputation)

## ข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัด

1. ทำ closed reduction แล้วไม่สำเร็จ
2. กระดูกแตกหักเคลื่อนเข้าไปในข้อ
3. กระดูกหักที่มีเนื้อเยื่อแทรกอยู่
4. กระดูกหักในเด็กผ่าน epiphysis
5. กระดูกหักที่ดึงยึดได้ยาก ต้องผ่าตัดตรึงกระดูก เช่น Intertrochanteric fracture ของกระดูกต้นขา

6. กระดูกหักที่ทำอันตรายต่อเส้นเลือด เส้นประสาท และเอ็น

7. โรคบางชนิดที่เกิดกับกระดูก เช่น T.B.Spine, Osteomyelitis, การอักเสบของกระดูก โรคเบาหวาน และเกิดเนื้อเน่าตายเป็น gangrene

8. อุบัติเหตุที่ทำให้อวัยวะส่วนหนึ่งส่วนใดเสียไป เช่น แขนขาด ขาขาด หรือมีการแตกละเอียด ไม่สามารถจะเก็บอวัยวะส่วนนั้นไว้ได้ ก็ต้องทำผ่าตัดโดยทำ Amputation

### การพยาบาลผู้ป่วยทางออร์โธปิดิกส์

ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคทางกระดูกและข้อ การรักษาพยาบาลจะแตกต่างกันออกไปแล้วแต่ชนิดและแต่ละโรค เช่น ในรายที่กระดูกแขนขาหัก การรักษาอาจจะใช้วิธีจัดตั้งกระดูกให้เข้าที่หรือเข้าเฝือกโดยไม่ต้องทำผ่าตัด แต่บางรายต้องรักษาด้วยการทำผ่าตัด โรคบางโรคที่ไม่เกี่ยวกับอุบัติเหตุ เช่น ผู้ป่วยที่เป็น T.B.Spine, Scoliosis, Kyphosis ซึ่งเป็นโรคเกี่ยวกับกระดูกสันหลัง แพทย์อาจรักษาด้วยวิธีผ่าตัด ดังนั้น การรักษาโรคทางกระดูกและข้อจึงแบ่งออกได้เป็น 2 อย่างคือ การรักษาโดยไม่ต้องทำผ่าตัด และการรักษาโดยการผ่าตัด

### การพยาบาลและการเตรียมผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัด

การเตรียมผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัด แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ

1. การเตรียมทางด้านร่างกาย (Physical preparation)
2. การเตรียมทางด้านจิตใจ (Psychological preparation)

#### 1. การเตรียมทางด้านร่างกาย (Physical preparation) แบ่งเป็น 2 อย่างคือ

- 1.1 การเตรียมร่างกายทั่วไป (General preparation)
- 1.2 การเตรียมร่างกายที่จะทำผ่าตัด (Specific preparation)

##### 1.1 การเตรียมร่างกายทั่วไป (General preparation)

1.1.1 ตรวจสอบสุขภาพร่างกายทั่วไปก่อนว่าผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะทำผ่าตัดหรือไม่ หรือมีโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการผ่าตัดหรือไม่ เช่น โรคปอด โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ซึ่งจะต้องได้รับการรักษาโรคเหล่านี้ก่อน รวมทั้งการแพ้ยา ซึ่งจะทราบได้จากการซักประวัติการเจ็บป่วยทั้งในอดีตและปัจจุบัน

1.1.2 ดูแลความสะอาดของร่างกายทั่วไป เช่น ผมน เล็บมือ เล็บเท้า ปาก ฟัน และผิวหนัง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

1.1.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory) เพื่อทราบผล White Blood Cell, Red Blood Cell, Bleeding time, Clotting time, Blood grouping, Matching, Urine exam, E.K.G.(Electrocardiogram), X-ray (chest and fracture site) ว่ามีสิ่งผิดปกติหรือไม่ เพื่อป้องกันมิให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายถึงชีวิตในการทำผ่าตัด

1.1.4 การเซ็นใบอนุญาตให้แพทย์ทำการผ่าตัดเป็นสิ่งจำเป็น พยาบาลจะต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบ ต้องให้เซ็นขณะที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ถ้าอายุต่ำกว่า 20 ปี ให้ญาติหรือบิดามารดา หรือผู้ปกครองเป็นผู้เซ็นอนุญาตให้ ในรายที่ต้องตัดอวัยวะออก ต้องบอกผู้ป่วยและเขียนในใบอนุญาตผ่าตัดให้ชัดเจนทุกครั้ง

1.1.5 การพักผ่อน ต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนนอนหลับอย่างเต็มที่ ถ้าผู้ป่วยนอนไม่หลับ มีความวิตกกังวลมากควรรายงานแพทย์ เพื่อให้แพทย์พิจารณาให้ยา sedative ตามสมควรเป็นราย ๆ ไป

1.1.6 วัดความดันโลหิต อุณหภูมิของร่างกาย ชีพจร และการหายใจ ลงในใบบันทึกรายงานประจำตัวผู้ป่วยให้เรียบร้อย ดูแลความผิดปกติต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น

1.1.7 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำให้เพียงพอ ให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ถ้ารับประทานอาหารไม่ได้ แพทย์อาจจะต้องให้อาหารทางเส้นโลหิต เช่น น้ำเกลือ เป็นต้น

1.1.8 สอนให้ผู้ป่วยหายใจลึก ๆ การไอที่ถูกต้อง รวมทั้งการออกกำลังกายและกล้ามเนื้อต่าง ๆ ทั้งส่วนที่มีพยาธิสภาพและส่วนที่ดี เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

1.1.9 สอนให้ผู้ป่วยหัดถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ บนเตียงนอน เพื่อให้เกิดความเคยชิน

## 1.2 การเตรียมร่างกายที่จะทำผ่าตัด (Specific preparation)

1.2.1 การเตรียมผิวหนังในผู้ป่วยโรคเกี่ยวกับกระดูกและข้อ ก่อนวันทำผ่าตัดให้ผู้ป่วยอาบน้ำสระผม ตัดเล็บมือ เล็บเท้าให้สะอาด แล้วแต่สภาพที่ผู้ป่วยช่วยตัวเองได้หรือไม่ ได้ ถ้าผู้ป่วยช่วยตัวเองไม่ได้ พยาบาลควรทำให้ การเตรียมความสะอาดของผิวหนังจะต้องเตรียมอย่างพิถีพิถัน เพื่อลดปริมาณแบคทีเรียที่อยู่บริเวณผิวหนังให้มากที่สุดที่จะทำได้ และป้องกันมิให้เกิดการติดเชื้อ (infection) ขึ้น ภายหลังจากผ่าตัด การเตรียมผิวหนังสำหรับผู้ป่วย compound fracture โดยเิกนชนรอบ ๆ แผล ต้องระวังไม่ให้น้ำหรือน้ำยาไหลเข้าไปในแผลสำหรับผู้ป่วยที่ใส่เฝือกมานาน เวลาทำความสะอาดต้องทำด้วยความนุ่มนวล การถูเช็ดต้องไม่ให้รุนแรง ฟอกสบู่ให้สะอาด ขณะเิกนชนระวังอย่าให้มีบาดแผลผู้ป่วย การเตรียมบริเวณที่จะทำผ่าตัดขึ้นอยู่กับบริเวณต่าง ๆ ที่จะต้องทำผ่าตัด

1.2.2) ยาที่ผู้ป่วยได้รับก่อนผ่าตัด ได้แก่ยาปฏิชีวนะ และยานำก่อนยาสลบ ยาปฏิชีวนะ ปัจจุบันนิยมให้ก่อนผ่าตัดมาก โดยเฉพาะในรายที่ต้องทำผ่าตัดนาน เช่น Total hip replacement พยาบาลต้องสังเกตอาการแพ้ยา ยานำก่อนยาสลบ ได้แก่ยา sedative และ ยาระงับ secretion

1.2.3) การเตรียมเกี่ยวกับกระเพาะอาหารและลำไส้ ทั้งนี้แล้วแต่ความเห็นของแพทย์แต่ละคนซึ่งแตกต่างกัน ผู้ป่วยบางรายอาจได้รับยาระบายคืนก่อนผ่าตัด บางรายอาจไม่ได้รับยาระบายแต่ได้รับการสวนอุจจาระ รวมทั้งการที่ผู้ป่วยต้องงดอาหารและน้ำทางปากตั้งแต่เที่ยงคืน พยาบาลต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเหตุผลของการงดอาหารและน้ำทางปากถ้าผู้ป่วยพูดไม่รู้เรื่อง พยาบาลต้องดูแลเก็บขวดน้ำออกจากโต๊ะข้างเตียง

2. การเตรียมทางด้านจิตใจ (Psychological preparation) เมื่อผู้ป่วยทราบว่าจะต้องทำผ่าตัด จะเกิดความกังวล บางรายรับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ คิดไปต่าง ๆ นานา และเกิดความกลัวมากมายหลายอย่าง เช่น กลัวความพิการ กลัวสูญเสียอวัยวะที่มีความสำคัญ กลัวไม่หาย หรือไม่อยู่ในสภาพเดิม กลัวไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างปกติ กลัวความเจ็บปวดทรมาน กลัวไม่ฟื้นจากยาสลบ กลัวตาย กลัวแยกจากสิ่งที่รัก เพราะการรักษาโรคเกี่ยวกับกระดูกและข้อต้องใช้เวลาในโรงพยาบาลนาน ๆ ต้องจากครอบครัวจากบิดามารดา ทำให้เกิดความว่าเหว่ กลัวถูกทอดทิ้ง ไม่มีคนปรนนิบัติดูแล กลัวจะไม่มีเงินใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล กลัวไม่มีเงินใช้จ่ายภายในครอบครัว โดยเฉพาะในรายที่ผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว

### พยาบาลควรให้การพยาบาลผู้ป่วยดังนี้ คือ

2.1 อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ บอกสาเหตุและความจำเป็นที่ต้องทำผ่าตัดและให้ความมั่นใจในการทำผ่าตัดของแพทย์

2.2 อนุญาตให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาเกี่ยวกับการผ่าตัด ระยะเวลาหลังผ่าตัด และบอกรายละเอียดที่ผู้ป่วยควรจะทราบ พูดคุยอย่างเป็นกันเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความอบอุ่น

2.3 แนะนำให้ผู้ป่วยพูดคุยซักถามจากผู้ป่วยอื่น ๆ ที่ประสบความสำเร็จในการผ่าตัดมาแล้ว จะได้คลายความหวาดกลัว วิตก กังวล ทำให้มีขวัญและกำลังใจดีขึ้น

2.4 แนะนำให้ผู้ป่วยอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือดูโทรทัศน์ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเพลิดเพลิน ลืมความวิตกกังวลได้

2.5 ทางด้านเศรษฐกิจ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เช่น ค่ายา ค่าอุปกรณ์ ในการรักษา ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าผ่าตัด พยาบาลต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ ถ้ามีปัญหา ควรแนะนำให้ปรึกษานักสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้การช่วยเหลือตามความเหมาะสม

2.6 พยาบาลต้องอธิบายให้ญาติผู้ป่วยทราบด้วย เพื่อให้เข้าใจ และให้ความช่วยเหลือ ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย ให้หมั่นมาเยี่ยมบ่อย ๆ ผู้ป่วยจะได้เกิดความอบอุ่น ไม่ว่าจะเหว่

2.7 พยาบาลต้องอธิบายถึงกฎ ระเบียบต่าง ๆ ของโรงพยาบาลให้ผู้ป่วยทราบ จะได้ปฏิบัติได้ถูกต้อง

2.8 พยาบาลต้องให้ความเป็นกันเองกับผู้ป่วย บอกให้ทราบว่า หลังจาก การผ่าตัดแล้ว ใครบ้างจะเป็นผู้ให้การช่วยเหลือ ดูแลรักษาพยาบาล ผู้ป่วยจะคลายความวิตกกังวลได้

### การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดออร์โทปิดิกส์

1. การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดออร์โทปิดิกส์ ในระยะแรก ประกอบด้วย

1.1 การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ได้แก่

1.1.1 การตกเลือดและช็อกจากการเสียเลือด ควรปฏิบัติดังนี้

1.1.1.1 ประเมินสัญญาณชีพโดยวัดทุก 15 นาที เป็นเวลา 2 ชั่วโมง ต่อมาวัดทุก 1/2 ชั่วโมง ทุก 1 ชั่วโมง จนครบ 4 ชั่วโมง และวัดทุก 4 ชั่วโมงเมื่อสัญญาณชีพคงที่ รวมทั้งสังเกตอาการและอาการแสดงของการตกเลือดและช็อกจากการเสียเลือด ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงกระสับกระส่าย ผิวน้ำเย็นชื้น เหงื่อออกมาก ชีพจรเบาเร็ว หายใจเร็ว ความดันโลหิตลดลง ถ้าพบอาการดังกล่าว ควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงายศีรษะสูงเล็กน้อย ยกปลายเท้าสูง 20-30 องศา เข้าเหยียดตรง เพื่อช่วยให้การไหลเวียนของเลือดดำกลับสู่หัวใจเพิ่มขึ้นและทำให้ปริมาณเลือดที่ออกมาจากหัวใจไปเลี้ยงสมองเพิ่มขึ้น

1.1.1.2 ตรวจสอบบริเวณแผลผ่าตัด เพื่อดูการสูญเสียเลือดออกจากแผลผ่าตัด ควรประเมินทุก 1 ชั่วโมงใน 8 ชั่วโมงแรก และต่อมาทุก 2 ชั่วโมงใน 24 ชั่วโมงแรก หลังผ่าตัดถ้ามีเลือดซึมออกมามาก ควรใช้ pressure dressing ช่วยห้ามเลือดและรีบรายงานให้แพทย์ทราบ

1.1.1.3 ดูแลการทำงานของท่อระบาย เช่น redovac drain ให้มีประสิทธิภาพ ได้แก่

1.1.1.3.1 จัดท่อระบายไม่ให้ตึงรั้ง โดยเฉพาะเวลาผู้ป่วยพลิกตัวหรือขณะเคลื่อนไหวเพื่อป้องกันการหลุดของสาย ท่อระบายและทำให้เกิดความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วยอีกด้วย

1.1.1.3.2 จัดสายยางไม่ให้ห้อยโค้ง ซึ่งจะต้านแรงโน้มถ่วงของโลก ทำให้การระบายสารคัดหลั่งต่าง ๆ ทำได้ไม่ดี

1.1.1.3.3 ดูแลไม่ให้ท่อระบายหักพับงอ เพื่อให้การระบายเป็นไปได้อย่างต่อเนื่องและมีการระบายได้ดี รวมทั้งจัดตำแหน่งของท่อระบายอยู่ต่ำกว่าระดับบาดแผลของผู้ป่วย เพื่อให้การระบายมีประสิทธิภาพตามหลักแรงโน้มถ่วงของโลก

1.1.1.3.4 ดูแลการทำงานของท่อระบายให้เป็นระบบ สูญญากาศ ซึ่งจะช่วยดูดเอาสารคัดหลั่งหรือเลือดเก่าภายในมาในขวดรองรับได้

1.1.1.3.5 บันทึกจำนวนสารระบายในขวดรองรับอย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินการสูญเสียเลือด โดยประเมินปริมาณลักษณะและสีของเลือดหรือสารคัดหลั่งที่ออกมา ถ้าเลือดออกมากกว่า 3 ซีซี./กก./ชม. แสดงว่าผู้ป่วยมีภาวะตกเลือดหลังผ่าตัด หรือเลือดที่ออกมาเป็นสีแดงสด ควรรีบรายงานให้แพทย์ทราบ

1.1.1.4 ส่วนใหญ่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดแขนหรือขา แพทย์จะพัน elastic bandage จากห้องผ่าตัด ดังนั้นนอกจากจะสังเกตเลือดที่ซึมออกมาจาก elastic bandage แล้ว ควรประเมินการไหลเวียนโลหิตของอวัยวะส่วนปลายด้วย โดยการทำ blanching test เพื่อทดสอบว่าเลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายเพียงพอหรือไม่ ซึ่งปกติไม่ควรเกิน 3 วินาที และการประเมิน 6Ps ได้แก่

1.1.1.4.1 Pain เป็นอาการเจ็บปวดเมื่อยยึดกล้ามเนื้อหรือเคลื่อนไหวอวัยวะส่วนนั้น อาการนี้เป็นอาการที่บ่งถึงการเริ่มเกิดภาวะกล้ามเนื้อขาดเลือดไปเลี้ยง (muscle ischemia)

1.1.1.4.2 Pallor เป็นการซีดของผิวหนังของอวัยวะส่วนปลาย จะบ่งถึงการไหลเวียนเลือดแดงถูกขัดขวาง ซึ่งเกิดจากการมีแรงกดลงบนเส้นเลือด

1.1.1.4.3 Paresthesia เป็นอาการชาที่เกิดจากเส้นประสาทถูกกด ทำให้การทำหน้าที่ของเส้นประสาทเสียไป โดยผู้ป่วยจะบอกว่ามีอาการชาหรือเป็นเหน็บชาที่มือหรือเท้า

1.1.1.4.4 Pulselessness จะคลำชีพจรส่วนปลายไม่ได้เกิดเนื่องจากการไหลเวียนเลือดแดงถูกขัดขวางมากจนทำให้เนื้อเยื่อตายได้

1.1.1.4.5 Polralysis ไม่สามารถเคลื่อนไหว หรือเป็น อัมพาตของอวัยวะส่วนนั้นมักเกิดจากเส้นประสาทถูกกดในระยะท้าย

1.1.1.4.6 Polar อวัยวะส่วนปลายจะเย็น ซึ่งอาการนี้เป็น อาการในระยะสุดท้ายของการไหลเวียนเลือดแดงถูกขัดขวาง

1.1.1.5 ดูแลให้ได้รับสารน้ำหรือเลือดทางหลอดเลือดดำอย่าง เพียงพอ ในรายที่สูญเสียเลือดมาก และดูแลให้สารน้ำและอาหารทางปาก โดยรายที่ได้รับยา ระวังความรู้สึกทางไสถ์หลัง จะเริ่มให้อาหารและน้ำเมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สำหรับรายที่ได้รับยา ระวังความรู้สึกชนิดทั่วร่างกายจะเริ่มให้เมื่อรีเฟล็กซ์การกลืนของผู้ป่วยกลับมา เพื่อป้องกันการ สำลักเศษอาหารเข้าปอด

1.1.1.6 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

## 1.2 การพยาบาลเฉพาะในผู้ป่วยหลังผ่าตัดชนิดต่าง ๆ ได้แก่

### 1.2.1 การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมือและแขน

หลังผ่าตัดควรจัดให้มือและแขนยกสูงกว่าระดับหัวใจของผู้ป่วย โดย อาจแขวนหรือใช้หมอนรองหลาย ๆ ใบตามความยาวของแขนอย่างน้อย 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เพื่อ ป้องกันอาการบวมและทำให้การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น

### 1.2.2 การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว

1.1.2.1 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังควรดูแลให้การพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหรือช็อกจากการเสียเลือดหลังผ่าตัดอย่างใกล้ชิด เนื่องจากการผ่าตัด กระดูกสันหลัง ผู้ป่วยมักจะสูญเสียเลือดขณะผ่าตัดค่อนข้างมาก เช่น ผู้ป่วยที่ทำผ่าตัด ส่วนโค้ง ของกระดูกสันหลัง (lumbarlaminectomy) จะสูญเสียเลือดประมาณ 100-300 ซีซี. ถ้าทำ spinal fusion จะสูญเสียเลือดประมาณ 500-2,000 ซีซี. ดังนั้นควรสังเกตเลือดที่ออกจากการระบายซึ่ง ปกติควรประมาณ 20-250 ซีซี.ต่อ 8 ชั่วโมง ภายในระยะ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

1.1.1.2 ประเมินอาการและอาการแสดงของไขมันอุดตันเส้นเลือด (fat embolism) โดยเฉพาะในรายที่ทำ spinal fusion โดยผู้ป่วยจะมีอาการที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลง ของปริมาณออกซิเจนในร่างกาย ได้แก่ เจ็บหน้าอก หายใจเร็ว เทียวคล้ำ หายใจลำบาก ชีพจร เร็ว ผลวิเคราะห์ปริมาณออกซิเจนในเส้นเลือดแดงต่ำ กระสับกระส่าย สับสน สูญเสียความทรงจำ มีจุดจ้ำเลือด (petechiae) บริเวณรอบคอ ผงังหน้าอกด้านหน้า รักแร้ เยื่อแก้วและเยื่อตา ตรวจพบไขมันในปัสสาวะหรือเสมหะ เกิดเลือดต่ำลง ผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอกพบฝ้าขาว กระจายไปทั่วปอด ซึ่งอาการเหล่านี้อาจเกิดหลังผ่าตัดประมาณ 72 ชั่วโมง



1.1.2.3 การจัดทำสำหรับผู้ป่วยที่ผ่าตัดกระดูกสันหลัง บริเวณเอว ควรจัดให้ผู้ปวยนอนราบบนเตียงใน 24-48 ชั่วโมงแรก พลิกตะแคงตัวแบบ log rolling ทุก 2 ชั่วโมง โดยพยาบาลใช้มือวางที่ไหล่และตะโพกของผู้ป่วยข้างที่อยู่ด้านตรงกันข้ามกับพยาบาลแล้ว พลิกตัวผู้ป่วยเข้าหาพยาบาล โดยรักษาให้กระดูกสันหลังอยู่ในแนวตรง ควรดูแลไม่ให้ผู้ป่วย ลุกจากเตียง ประมาณ 3-5 วันหลังผ่าตัด หลังจากนั้นเมื่อผู้ป่วยต้องการจะลุกขึ้นควรใส่อุปกรณ์ที่ ช่วยพยุงบริเวณกระดูกสันหลังส่วนทรงอกและเอวเสมอ (thoracolumbar support) โดยเฉพาะราย ที่ทำ spinal fusion

#### 1.2.3 การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนอก

หลังผ่าตัดควรจัดให้นอนยกศีรษะสูงประมาณ 30 องศา ดูแลให้ผู้ป่วย พักผ่อนบนเตียงนาน 1 สัปดาห์ และไม่ควรบิดตัวหรือก้มตัว

#### 1.2.4 การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนคอ

ควรจัดให้ผู้ปวยนอนยกศีรษะสูง 30-45 องศา ในรายที่ผ่าตัดเข้าทาง ด้านหน้า เพื่อลดอาการรวมที่คอ ร่วมกับการประคบน้ำแข็งที่คอด้วย

#### 1.2.5 การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม

จัดให้ผู้ปวยอยู่ในท่าที่ไม่ทำให้เกิดการเคลื่อนหลุดของข้อเทียม ได้แก่ ในระยะ 6-10 วันแรกหลังผ่าตัด ไม่ควรงอตะโพกเกิน 60 องศา หลังจากนั้นสามารถงอตะโพกได้ ไม่เกิน 90 องศา นานประมาณ 2-3 เดือน และนอนกางขาประมาณ 30 องศา นาน 2-3 เดือน โดยใช้หมอน หมอนสามเหลี่ยม หรือ abductor pillow วางระหว่างขาไม่ควรนอนตะแคงทับข้างที่ ผ่าตัดขาไม่ควรจัดให้อยู่ในท่าหมุนเข้าหาลำตัว เนื่องจากเป็นท่าที่ข้อตะโพกหลุดได้ง่าย

#### 1.2.6 การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

จัดให้ขาข้างที่ทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมยกสูงบนหมอน เพื่อส่งเสริม การไหลเวียนเลือดดำกลับสู่หัวใจในระยะ 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด แต่ระวังไม่ให้ข้อเข่างอมาก เกินไป ส่งเสริมให้ผู้ปวยออกกำลังกายโดยใช้ continuous passive motion (CPM) แต่ควรควบคุม ไม่ให้เข่างอมากเกินไป การใช้ CPM สามารถใช้ทันทีหลังผ่าตัดหรือตามแผนการรักษา เพื่อส่งเสริม การเคลื่อนไหวของข้อเข่า กระตุ้นการหายของ articular cartilage ลดการเกิดพังผืด (adhesion) ลดอาการบวม และลดภาวะแทรกซ้อน จากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวโดยใช้นานประมาณ 22 ชั่วโมงต่อวัน

### 1.2.7 การพยาบาลหลังผ่าตัดอวัยวะ (amputation)

#### 1.2.7.1 จัดให้ออนยกปลายเท้าสูงกว่าระดับหัวใจ ประมาณ 24-48

ชั่วโมงหลังผ่าตัดเพื่อลดอาการบวมของ stump แต่หลังจาก 48 ชั่วโมงควรจัดให้ขาวางราบกับที่นอน ไม่หนุนหมอนและไม่วางหมอนระหว่างขา

1.2.7.2 จัดให้ผู้ป่วยนอนคว่ำนาน 20-30 นาที ทุก 3-4 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการหดเกร็งของข้อตะโพกในท่างอและหุบเข้าซึ่งจะมีผลเสียเมื่อจะใส่อวัยวะเทียม

1.2.7.3 ผู้ป่วยอาจมีอาการเจ็บปวด หรือความรู้สึกบริเวณอวัยวะที่ถูกตัดไปแล้วเรียกว่า phantom pain ซึ่งอาการนี้จะพบอยู่ประมาณ 2-3 เดือนหลังผ่าตัด โดยเฉพาะในรายที่ตัดเหนือเข่า หลังจากนั้นอาการจะค่อย ๆ หายไปเอง

1.2.7.4 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยออกกำลังกายโดยเฉพาะ adduction exercise และ hamstring exercise เพื่อป้องกันการหดเกร็งของข้อตะโพกในท่างอและหุบเข้าโดยเฉพาะในรายที่ผ่าตัดเหนือเข่า

1.2.7.5 ในระยะต่อมาผู้ป่วยต้องพัน elastic bandage บริเวณอวัยวะที่เหลืออยู่เพื่อลดบวม ช่วยให้รูปร่างของ stump เหมาะสมและเข้ากับอวัยวะเทียมได้ โดยจะพันทุก 4-6 ชั่วโมง

## 2. การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อฟื้นฟูสภาพขณะกลับไปอยู่บ้านหลังผ่าตัด

ผู้ป่วยออโรโรปิติกส์ภายหลังได้รับการผ่าตัดประมาณ 4-5 วัน เมื่อสภาพผู้ป่วยดี และไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ แพทย์จะอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ เพื่อไปพักฟื้นและฟื้นฟูสภาพให้กลับสู่สภาพปกติที่บ้าน พยาบาลมีบทบาทสำคัญที่ต้องเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมที่จะกลับไปพักฟื้นที่บ้าน โดยการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อป้องกันการภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลัง ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมักจะต้องกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำจากการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง เช่น มีการติดเชื้อที่กระดูกหรือแผลผ่าตัด กระดูกที่หักเกิดการหักซ้ำ มีการติดเชื้อของกระดูก หรือกระดูกไม่ติด เป็นต้น ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะกลับไปอยู่บ้านอย่างถูกต้อง ในเรื่องดังต่อไปนี้

2.1 อาหาร ควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายอย่างเพียงพอเพื่อส่งเสริมการหายของแผลและการติดของกระดูก ได้แก่ อาหารประเภทโปรตีน วิตามินซี และแคลเซียม ไม่ควรรับประทานอาหารของหมักดอง หรือดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

2.2 การพักผ่อน ควรพักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง เพื่อส่งเสริมให้ร่างกายมีความแข็งแรง

2.3 การออกกำลังกาย การออกกำลังกายเช่นเดียวกับขณะอยู่โรงพยาบาล ได้แก่ quadriceps setting exercise, gluteal setting exercise, range of motion exercise แต่ไม่ควรออกกำลังกายที่หนักและหักโหมจนเกินไป

2.4 การทำงาน ไม่ควรทำงานหนักในระยะแรก อาจทำงานเบา ๆ ได้ ต่อมา 2-3 เดือน สามารถทำงานได้ตามปกติ แต่ไม่ควรยกของหนักเกิน 5 ปอนด์ หรือ 2.2 กิโลกรัม โดยเฉพาะในรายที่ทำผ่าตัดกระดูกสันหลัง

2.5 การดูแลแผลผ่าตัด ควรรักษาความสะอาดของร่างกายโดยทั่วไป และบริเวณแผลผ่าตัด ไม่ควรแกะเกาแผล ระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ ถ้าแผลสกปรกหรือมีสารคัดหลั่ง ควรไปทำแผลที่สถานอนามัย คลินิก หรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน และตัดไหม 14 วันหลังผ่าตัด

2.6 การมาตรวจตามนัด ควรมาตรวจตามแพทย์นัด เพื่อแพทย์จะได้ติดตามความก้าวหน้าของการรักษา เช่น การติดของกระดูก ลักษณะแผลผ่าตัด เป็นต้น และช่วยค้นหาความผิดปกติต่าง ๆ เช่น การติดของกระดูกผิดรูป การติดเชือกของกระดูก เป็นต้น ถ้าพบความผิดปกติเหล่านี้จะได้ทำการรักษาได้ทันที

2.7 การรับประทานยา ควรแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาที่ถูกต้อง ซึ่งผู้ป่วยทางออริโธปิดีสมักได้รับยากลับไปรับประทานต่อที่บ้าน ได้แก่ ยาปฏิชีวนะ ควรแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานให้ครบตามที่แพทย์สั่งทั้งเวลาและขนาดยา ไม่ควรเพิ่มหรือลดขนาดยาเอง ถ้าเป็นยาต้านอักเสบชนิดไม่มีสเตอรอยด์ ควรรับประทานหลังอาหารทันที เนื่องจากยานชนิดนี้จะมีผลข้างเคียงทำให้เกิดการระคายเคืองต่อกระเพาะอาหาร ไม่ควรรับประทานตอนท้องว่าง ถ้าเป็นยาแก้ปวด ให้รับประทานเวลาปวดเท่านั้น และรับประทานซ้ำได้ทุก 4-6 ชั่วโมง ผู้ป่วยไม่ควรจะซื้อยารับประทานเอง ควรปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร

2.8 การสังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่ แผลที่มีลักษณะปวด บวม แดง ร้อน มีหนองไหล มีกลิ่นเหม็น มีไข้ มีอาการเจ็บปวดบริเวณแผลผ่าตัดหรือภายในกระดูกที่ทำการผ่าตัดไป แขนหรือขาผิดรูป หรือมีการเปลี่ยนแปลงความยาวของอวัยวะ เป็นต้น ถ้ามีอาการเหล่านี้ ควรรีบมาพบแพทย์ทันที ไม่ต้องรอให้ถึงวันนัด เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการรักษาที่ถูกต้องทันที

2.9 การลงน้ำหนักขาข้างที่ทำผ่าตัด ผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดขาส่วนใหญ่ ในระยะหลังผ่าตัดต้องใช้ไม้ค้ำยัน (crutches) ช่วยในการเดิน ห้ามลงน้ำหนักขาข้างที่ทำผ่าตัด จนกว่าแพทย์จะอนุญาต หรือจนกว่ากระดูกจะติดกันดีเป็นปกติ เพราะการลงน้ำหนักก่อนกำหนดจะทำให้กระดูกที่หักซึ่งยังไม่ติดกันได้รับน้ำหนักตัวของผู้ป่วย อาจจะทำให้เกิดการหักของกระดูกและอุปกรณ์ที่ใช้ตามไว้ภายในได้

2.10 การควบคุมน้ำหนักตัว โดยเฉพาะในรายที่หลังทำผ่าตัดกระดูกสันหลังและกระดูกขา เพราะถ้าผู้ป่วยมีน้ำหนักมากเกินไป กระดูกสันหลังและขาต้องรับน้ำหนักตัวมาก อาจทำให้กระดูกที่ติดกันใหม่หักได้ เพราะยังไม่แข็งแรงพอที่จะรับน้ำหนักมาก ๆ ได้

2.11 การดูแล stump สำหรับในรายหลังผ่าตัด amputation ควรตรวจดูบริเวณ stump ว่ามีอาการผิดปกติ เช่น บวม แดง ร้อน มีหนองหรือสารคัดหลั่งไหลออกมา ถ้ามีอาการเหล่านี้ควรรีบกลับมาพบแพทย์ทันที นอกจากนี้ควรดูแลรักษาความสะอาดของ stump โดยใช้สบู่อ่อนและน้ำอุ่นล้างด้วยผ้าขนหนูนุ่ม ๆ ให้แห้ง ไม่ควรใช้น้ำมัน โลชั่น ยาฆ่าเชื้อ หรือครีมทาบริเวณ stump ถ้าไม่มีแผนการรักษาของแพทย์

จะเห็นได้ว่าการพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังทำผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์นั้น มีความสำคัญมาก หากพยาบาลและผู้ป่วยมีการสื่อสารให้เข้าใจตรงกัน ก็จะส่งผลให้เกิดคุณภาพการพยาบาลที่ดี พยาบาลจะได้รับความร่วมมือในการปฏิบัติการพยาบาลจากผู้ป่วย และผู้ป่วยก็จะกลับฟื้นคืนสู่สภาพปกติได้เร็วขึ้น และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

### การสื่อสารของพยาบาลกับผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์

ในการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์นั้น พยาบาลจะต้องทำการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจถึงสาเหตุ อาการ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน และเพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาพยาบาล อันจะก่อให้เกิดคุณภาพการพยาบาลที่ดี ผู้ป่วยจะได้ฟื้นคืนสภาพปกติได้เร็วขึ้น การสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์นั้น เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษายู่ในโรงพยาบาล พยาบาลทำการสื่อสารกับผู้ป่วย โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การให้คำแนะนำในเรื่องกฎระเบียบของโรงพยาบาล การรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับ เช่น การผ่าตัด การทำกายภาพบำบัด เป็นต้น พยาบาลจะต้องใช้ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุและความจำเป็นที่ต้องทำผ่าตัด รวมทั้งรับฟังผู้ป่วยและตอบคำถามด้วยความเต็มใจ เพราะผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์นั้น เป็นผู้ป่วยที่ส่วนใหญ่แล้วเข้ามารับการรักษาย่างปัจจุบันทันด่วน ไม่ได้มีการเตรียมตัวเตรียมใจไว้ล่วงหน้ามาก่อน อีกทั้งระยะเวลาในการรักษาพยาบาลก็ใช้เวลานานกว่าจะหายเป็นปกติ บางครั้งก็ต้องสูญเสียอวัยวะ เช่น นิ้ว แขน ขา ไป เนื่องจากการได้รับอุบัติเหตุอย่างรุนแรง ก่อให้เกิดภาวะเครียด และทุกข์ทรมานใจแก่ผู้ป่วยเป็นอันมาก อีกทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลก็ค่อนข้างสูง อุปกรณ์ในการรักษาพยาบาลบางอย่าง อาจมองดูน่ากลัวในความรู้สึกของผู้ป่วย พยาบาลต้องสื่อสารกับผู้ป่วยโดยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงประโยชน์ของการใช้อุปกรณ์เหล่านั้นด้วย (วรรณิ สัตยวิวัฒน์, 2533)

การที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว ก่อให้เกิดภาวะเครียดเป็นอันมาก นั้น เมรี อี เมเยอร์ส อ้างถึงใน ซูโจ บุญมาก (2529) ได้ศึกษาถึงอิทธิพลของการสื่อสารประเภทต่าง ๆ ที่มีผลต่อความเครียดของผู้ป่วย พบว่าการให้ผู้ป่วยได้รับรู้รายละเอียดของวิธีปฏิบัติการพยาบาล จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดทางอารมณ์น้อยที่สุด ทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ และทำให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่จะทำให้เกิดความเครียดทางอารมณ์ในโอกาสต่อไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับพรรณงาม พรรณเชษฐ (2525) อ้างถึงใน สิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา (2532) ได้ศึกษาผลของการพยาบาล เมื่อแรกรับอย่างมีแบบแผนต่อการลดภาวะเครียดในผู้ป่วยศัลยกรรมพบว่า การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับกฎระเบียบของโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม การแนะนำสถานที่งานประจำของพยาบาล การรักษา การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามปัญหาต่าง ๆ ในเรื่องความเจ็บป่วย พบว่าสามารถลดความเครียดในผู้ป่วยศัลยกรรมได้

บีแลนด์ และจอร์จ แอล เอนเจล อ้างถึงใน ประคอง อินทรสมบัติ (2521) กล่าวไว้ว่า ความวิตกกังวลและความกลัวที่ยิ่งใหญ่ที่สุดเกิดจากความไม่รู้ จึงทำให้ท่านายสิ่งที่จะเกิดขึ้นไว้ล่วงหน้า และเกิดจากการได้รับข้อมูลไม่สมบูรณ์ ทำให้การรับรู้ผิด ๆ หรือเบี่ยงเบนไปจากความเป็นจริง การติดต่อสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ผู้ป่วยควรได้รับในสิ่งที่ต้องการ

ซูโจ บุญมาก (2529) ได้สรุปไว้ว่า พยาบาลผู้ซึ่งมีเวลาและใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ควรหาทางป้องกันและช่วยเหลือ มีการสื่อสารที่ดีต่อผู้ป่วย ให้คำแนะนำ ข้อมูล และรายละเอียดต่าง ๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคลายความเครียดลง และมีการปรับตัวได้ดีที่สุด พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการสื่อสารที่ถูกต้องเพื่อให้เกิดผลดีทั้งต่อผู้ป่วยและต่อวิชาชีพ

จากที่กล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า การสื่อสารของพยาบาลกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์ มีความสำคัญเป็นอันมาก

### การดูแลด้านร่างกายและจิตใจในผู้ป่วยออโรโรปิติกส์

ผู้ป่วยออโรโรปิติกส์ เป็นผู้ป่วยทางกายซึ่งส่วนใหญ่ต้องใช้ระยะเวลานานพอสมควรในการรักษา บางโรคเป็นปี แม้จะใช้การผ่าตัดเข้าช่วยในการรักษาแล้วก็ตาม ยังต้องจัดสภาพพันนาการต่อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายไประยะหนึ่ง เช่น การเข้า traction เป็นต้น นอกจากนี้ยังอาจหลงเหลือรอยพยาธิสภาพอยู่ในรูปผิดปกติไปจากเดิมบ้าง ทั้งทางรูปร่างและการเคลื่อนไหว ใช้งาน อาจต้องติดตามแก้ไขกันไปอีกระยะยาวพอสมควร สิ่งเหล่านี้จะก่อให้เกิดความเครียด

และความวิตกกังวลกับผู้ป่วย อันเป็นปัญหาทางด้านจิตใจซึ่งนอกเหนือจากปัญหาด้านร่างกายที่ผู้ป่วยได้รับอยู่แล้ว พยาบาลจะต้องให้การดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยควบคู่กันไป

### ด้านร่างกาย

ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ เป็นผู้ป่วยที่ต้องนอนนานและถูกจำกัดการเคลื่อนไหว (immobilization) เช่น การเข้าเฝือกส่วนแขนขาเพื่อช่วยในการเชื่อมติดกันของกระดูกและเนื้อเยื่อเป็นไปโดยปกติและรวดเร็ว การใช้เครื่องมือก้ำกับให้ผู้ป่วยอยู่กับที่โดยการใช้เครื่องยึดดึง (traction) เป็นต้น (สมคิด รักษาสัตย์, 2531)

เมื่อผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ก็จะส่งผลกระทบต่อร่างกาย คือ

1. ผิวน้ำหนัง จะเกิดแผลกดทับ (bed sore) ได้ง่าย มักจะเกิดตามปุ่มกระดูกต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ก้นกบ สันเท้า ข้อศอก เป็นต้น
2. กล้ามเนื้อ ข้อ และกระดูก จะเกิดกล้ามเนื้อลีบ ขาดความตึงตัว (tone) และขาดความแข็งแรง (strength) อาจเกิดข้อติดแข็ง ซึ่งเกิดขึ้นได้กับข้อทุกข้อที่ไม่ได้เคลื่อนไหว ข้อติดแข็งที่พบบ่อยคือข้อเท้า ที่เรียกว่าเท้าตก (foot drops) ข้อเข่า ข้อตะโพก เป็นต้น นอกจากนี้ อาจเกิดกระดูกงู เนื่องจากการไม่ได้ใช้งาน เกิดจากการสูญเสียแคลเซียม ฟอสฟอรัส และเนื้อเยื่อกระดูก
3. การไหลเวียนโลหิต หัวใจจะทำงานเพิ่มขึ้นเพื่อจะรักษาสมดุลระหว่างปริมาณโลหิตที่ไหลกลับสู่หัวใจ และปริมาณโลหิตที่ออกจากหัวใจไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย จังหวะการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตลดต่ำลงเมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ และโลหิตจับตัวเป็นก้อนที่ผนังภายในเส้นโลหิต
4. ระบบหายใจ การขยายตัวของทรวงอกมีขีดจำกัด เพราะกล้ามเนื้อทรวงอก กล้ามเนื้อหน้าท้อง และกระบังลมหดตัวได้น้อยลง อากาศเข้าสู่ปอดน้อยลง ปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่ ทำให้การถ่ายเทอากาศระหว่างปอดและอากาศภายนอกลดลง ซึ่งจะเป็นผลให้ ภาวะความเป็นกรดและด่าง ของเลือดเกิดความไม่สมดุลกัน นอกจากนี้ ยังมีการสะสมของน้ำเมือกเหนียวภายในหลอดลมและหรือถุงลมภายในปอด นำไปสู่ปัญหาปอดแฟบ (atelectasis)
5. การขับถ่ายอุจจาระ บัสดาระ ปัญหาที่พบบ่อยคืออุจจาระผูก (constipation) และหากปล่อยให้ผู้ป่วยมีอุจจาระผูกเป็นเวลานานหลาย ๆ วันต่อเนื่องกัน จะทำให้อุจจาระมีลักษณะแข็งและแห้งมากขึ้น (fecal impaction) ผู้ป่วยบางรายพบว่ามีอุจจาระเหลวหรือมีลักษณะเป็นน้ำไหลผ่านออกมาทางทวารหนักซึ่งทำให้เกิดความเข้าใจผิดว่าผู้ป่วยท้องเดิน สำหรับเรื่องการถ่ายบัสดาระ อาจพบปัญหาการถ่ายบัสดาระลำบาก บัสดาระไหลกระปริบกระปรอยโดยที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมได้ (incontinence) รู้สึกปวด ต้องการบัสดาระบ่อย กระเพาะบัสดาระตึง (over

distened) เนื่องจากมีปัสสาวะอยู่เต็ม แต่ไม่ปวดถ่ายมีการติดเชื่อกับระบบทางเดินปัสสาวะ รวมถึงมีการจับตัวของแคลเซียม และแปรสภาพเป็นก้อนนิ่วในไต และหรือในกระเพาะปัสสาวะในที่สุด

### ด้านจิตใจ

สมคิด รักษาสัตย์ (2531) กล่าวไว้ว่า ผู้ป่วยที่ต้องถูกจำกัดกิจกรรม หรือมีความสามารถในการเคลื่อนไหวในขอบเขตจำกัด แม้จะเป็นเพียงช่วงเวลาหนึ่งก็ตาม ย่อมเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ ไม่มีความสุข กระวนกระวายใจ หรือเกิดความวิตกกังวล เนื่องจากไม่สามารถทำอะไรตามที่ตนต้องการ ไม่รู้ไม่แน่ใจว่าอาการเจ็บป่วยของตนจะเป็นอย่างไร จะมีปัญหาอะไรเกิดขึ้นอีก หรือจะต้องอยู่ในภาวะเช่นนี้อีกนานเท่าใด เป็นต้น ปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วยที่อาจพบได้คือ มีความเครียด มีความซึมเศร้า และมีความวิตกกังวล

### ความเครียด

ความเครียด เป็นการตอบสนองโดยกระบวนการทางสรีระและทางจิตใจของมนุษย์ ต่อสิ่งที่เข้ามาคุกคามและจำเป็นต้องปรับตัวเพื่อรักษาดุลยภาพ หรือภาวะสุขภาพของร่างกาย ตนไว้ ความเครียดเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นได้กับคนทุกคน หากมองในแง่ประโยชน์แล้วความเครียดเป็นภาวะที่จะนำไปสู่การปรับตัว (adaptation) เพื่อหาทางแก้ไข หรือหาแนวทางปฏิบัติเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตต่อไป หากปล่อยให้มีความเครียดไม่ได้รับการตอบสนองในทางที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกายหรือต่อชีวิตของบุคคลแล้ว ความเครียดจะสะสม มีระดับรุนแรงขึ้น ซึ่งอาจทำให้เกิดความรู้สึกกดดันทางจิตใจ และนำไปสู่ความวิตกกังวล มีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบน และส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของบุคคลได้ในที่สุด (สมคิด รักษาสัตย์, 2531)

ดังนั้น พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่สำคัญคนหนึ่ง จะสามารถช่วยลดความเครียดและช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปรับตัวได้ดีในขณะที่รับการรักษาในโรงพยาบาลได้มาก โดยคำนึงถึงได้เสมอว่า ผู้ป่วยเป็นบุคคลคนหนึ่งที่จะต้องให้การดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมมีความต้องการเช่นเดียวกับบุคคลอื่น ๆ และความสามารถในการปรับตัวจะมีข้อจำกัดกว่าบุคคลปกติอีกด้วย การส่งเสริมบรรยากาศในโรงพยาบาลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกปลอดภัย มั่นใจ มีความเป็นมิตร จะทำให้เกิดความสุขและมีสุขภาพจิตดี พยาบาลควรเตรียมผู้ป่วยทางด้านจิตใจให้รับรู้สิ่งที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้น มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย เตรียมเครื่องมือเครื่องใช้ให้พร้อมอยู่เสมอ และมีการติดต่อสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยอย่างเหมาะสม จะช่วยให้ปรับตัวได้ดีในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ประคอง อินทรสมบัติ, 2525)

### ความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล เป็นการแสดงออกของอารมณ์ (emotional response) เป็นภาวะที่รู้สึกไม่สบายใจ มีความตึงเครียดทางอารมณ์สูง (สมคิด รักษาสัตย์, 2531)

เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลความรู้สึกของคนเกือบทุกคนเมื่อเกิดเจ็บป่วยขึ้น คือต้องการหายป่วย แต่ความรู้สึกกลัวที่เกิดขึ้นควบคู่กันคือ คิดไปว่าอาจจะตาย พิกการหรือกลายเป็นโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยจะเกิดความวิตกกังวลขึ้นได้ตลอดเวลา ความวิตกกังวล และความกลัวที่ยิ่งใหญ่ที่สุดคือ ความไม่รู้ และคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นไว้ล่วงหน้า (ประคอง อินทรสมบัติ, 2525) และเมื่อผู้ป่วยเกิดเจ็บป่วยด้วยโรคกระดูกหรือโรคใดก็ตามที่จะต้องใช้เวลาการรักษาค่อนข้างนาน และอาจจะต้องรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้ป่วยทุกคนย่อมต้องมีความกังวลทุกซอกทุกซอญ กลัวความพิกการ กลัวความทรमान และทั้งเรื่องเศรษฐกิจทางครอบครัว เป็นต้น เมื่อมีความกังวลเกิดขึ้น ผู้ป่วยก็จะพยายามใช้จิตกลไกแบบต่าง ๆ (defence mechanism) เพื่อทำให้ความวิตกกังวลทุเลาลงหรือหมดไป เมื่อปรับได้ก็จะไม่แสดงอาการผิดปกติออกมา (วัลลภ ดุลยพฤษ, 2530)

นอกจากนี้ วัลลภ ดุลยพฤษ (2530) ยังได้แบ่งความวิตกกังวลในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ไว้เป็น 5 ประการ คือ

1. กลัวจากการรักษา โดยเฉพาะถ้ามีการผ่าตัดร่วมด้วย กลัวจะเกิดอันตรายถึงแก่ชีวิต
2. กลัวในการรักษา จะเกิดการเจ็บปวด การทรमानสังขารอีกนาน ตนจะทนไม่ไหว
3. มีการเปลี่ยนแปลงรูปร่าง ส่วนของอวัยวะอาจจะต้องพิกการไป ซาดหายไป เกิดความทุเรศ น่าเกลียด หมดความมีค่าของคนไป
4. กลัวครอบครัวจะวิบัติ ตัวเองเป็นหัวหน้าครอบครัว กลัวเกิดปัญหาเศรษฐกิจ ชีวิตสิ้นหวัง หมดที่พึ่ง
5. กลัวจะปรับตัวเข้าสังคมไม่ได้ สังคมทั่วไปไม่ยอมรับนับถือ กลัวถูกดูหมิ่นดูแคลน หมดความสำคัญ ไร้คุณค่า

ดังนั้น พยาบาลจึงควรที่จะให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพอันดีกับผู้ป่วย มีการสื่อสารที่ดีต่อผู้ป่วย ให้คำแนะนำ ข้อมูลและรายละเอียดต่าง ๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล และมีการปรับตัวได้ในที่สุด



## กรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนทางด้านสุขภาพ

Marjory Gordon (1994) ได้เสนอกรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนทางด้านสุขภาพของบุคคล ซึ่งนำไปสู่การสร้างกรอบแนวคิดในการรวบรวมข้อมูลและประเมินภาวะสุขภาพของผู้รับบริการที่เกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่ของพยาบาลไว้ 11 แบบแผนด้วยกัน คือ

### 1. แบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพ (Health perception - health management pattern)

ความหมาย คือแบบแผนที่เกี่ยวกับการรับรู้สุขภาพ และการมีชีวิตอย่างปกติสุข (Well-being) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่กระทำเป็นประจำ รวมทั้งการรับรู้ภาวะสุขภาพในขณะนี้ ซึ่งมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตทั้งในปัจจุบันและอนาคต นอกจากนี้ยังรวมความถึงการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันปัญหาทางกายและจิต การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล การมารับการรักษาตามนัด

### 2. แบบแผนโภชนาการและเมตาบอลิซึม (Nutritional-metabolic pattern)

ความหมาย คือแบบแผนเกี่ยวกับการได้รับอาหารและน้ำ เพื่อตอบสนองความต้องการในการเผาผลาญอาหารในร่างกายโดยทั่วไป และเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย เช่น ผิวหนัง ปลายมือ ปลายเท้า นอกจากนี้ยังรวมถึงอุปนิสัยการรับประทานอาหารและน้ำ เช่น จำนวนมื้ออาหาร เวลา ปริมาณ ชนิดของอาหารที่ชอบเป็นพิเศษ อาหารเสริมบำรุงร่างกาย บาดแผลหรือริ้วรอยบริเวณผิวหนังโดยทั่วไป แผลหายช้าหรือเร็ว สภาพของผิวหนัง ขน ผม เยื่อหู ต่าง ๆ ฟัน อุณหภูมิของร่างกาย ส่วนสูง และน้ำหนัก

### 3. แบบแผนการขับถ่ายของเสีย (Elimination pattern)

ความหมาย คือแบบแผนในการขับถ่ายของเสียของร่างกายทางลำไส้ ทางกระเพาะปัสสาวะ และทางผิวหนัง รวมทั้งการรับรู้ของบุคคลต่อลักษณะการขับถ่ายของเสียที่ปกติการถ่ายถ่ายหรือยาระบายเป็นประจำ การเปลี่ยนแปลงของแบบแผนการขับถ่ายในเรื่องเวลา วิธีทาง ปริมาณ คุณภาพ ใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ใดช่วยในการขับถ่าย

### 4. แบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย (Activity-exercise pattern)

ความหมาย คือแบบแผนที่เกี่ยวกับการออกกำลังกาย การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ การพักผ่อนหย่อนใจ กิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การอาบน้ำ แปรงฟัน งานครัว การซื้อของ และจ่ายตลาด การดูแลบ้านเรือน การออกกำลังกายและการเล่นกีฬา โดยครอบคลุมถึง ชนิด ปริมาณ (ความถี่) คุณภาพ (ระยะเวลา/ต้องใช้แรงมากหรือน้อย) บั๊จจัยหรืออุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมที่ชอบหรือจำเป็นต้องทำ เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแอ เจ็บหน้าอก หอบ เหนื่อย เป็นตะคริวที่น่อง มีความพิการของแขนขา

#### 5. แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ (Sleep-rest pattern)

ความหมาย คือแบบแผนเกี่ยวกับการพักผ่อนนอนหลับและการผ่อนคลายความเครียด ในช่วง 1 วัน ทั้งนี้รวมถึงปริมาณ คุณภาพ ของการนอนหลับที่ผู้รับบริการต้องการ มีการใช้ยานหรือ กิจกรรมใดช่วยในการนอนหลับหรือไม่ (เช่น การอ่านหนังสือ สวดมนต์ภาวนา ดื่มเครื่องดื่ม ฟังเพลง)

#### 6. แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ (Cognitive-perceptual pattern)

ความหมาย คือแบบแผนที่เกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึก การรับรู้และสติปัญญา ในด้านการรับรู้ความรู้สึก (sensation) ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การรับรส การสัมผัส การได้กลิ่น รวมทั้งการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยต่าง ๆ เช่น เครื่องช่วยฟัง แว่นตา เป็นต้น มีการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวดและวิธีลดความเจ็บปวดได้ผลหรือไม่ ทางด้านสติปัญญา ดูเกี่ยวกับการใช้ ภาษา ความจำ การตัดสินใจ

#### 7. แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (Self-perception-self-concept pattern)

ความหมาย คือแบบแผนที่อธิบายอัตมโนทัศน์และการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ได้แก่ ทัศนคติเกี่ยวกับตนเอง การรับรู้ถึงความสามารถของตน (ด้านสติปัญญา อารมณ์ ร่างกาย) ภาพลักษณ์ คุณค่าแห่งตน เอกลักษณ์ของตน (personal identity) ท่าทาง การเคลื่อนไหว การสนทนา น้ำเสียง คำพูด

#### 8. แบบแผนบทบาทและสัมพันธ์ภาพ (Role-relationship pattern)

ความหมาย คือแบบแผนเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ การมีสัมพันธ์ภาพกับคนในครอบครัว สังคม รวมถึงในสถานที่ทำงาน ความพึงพอใจในบทบาทและสัมพันธ์ภาพที่เป็นอยู่

#### 9. แบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ (Sexuality-reproductive pattern)

ความหมาย คือแบบแผนที่เกี่ยวกับความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในเพศสัมพันธ์ ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ การเจริญพันธุ์ การหมดประจำเดือน และที่ผู้รับบริการเห็นว่าเป็นปัญหา

#### 10. แบบแผนการเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด (Coping-stress-tolerance pattern)

ความหมาย คือแบบแผนเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดที่ใช้โดยทั่วไป และประสิทธิภาพของวิธีที่ใช้ถูกต้องเหมาะสมกับเหตุการณ์และช่วยให้มีความทนต่อความเครียดเพิ่มขึ้น ความสามารถและแหล่งสนับสนุนของผู้รับบริการในการเผชิญความเครียด (ครอบครัว เพื่อน สมาคม ชมรม)

### 11. แบบแผนความเชื่อและค่านิยม (Value-belief pattern)

ความหมาย คือแบบแผนเกี่ยวกับค่านิยม จุดมุ่งหมายในชีวิต ความเชื่อ สิ่งยึดเหนี่ยวทางวิญญาณที่นำไปสู่การเลือกหรือตัดสินใจ รวมถึงสิ่งที่ยอมรับว่ามีความสำคัญต่อชีวิต และสิ่งที่ขัดแย้งกับความเชื่อ ค่านิยม หรือความคาดหวังที่เกี่ยวกับสุขภาพ

สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการแบ่งการดูแลด้านร่างกายและจิตใจในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โดยอาศัยกรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนทางด้านสุขภาพ (Functional Health Patterns) ของบุคคล ของ Marjory Gordon เป็นหลัก ซึ่งสามารถแบ่งแบบแผนทางด้านสุขภาพออกเป็นแบบแผนทางด้านร่างกาย 6 แบบแผน และแบบแผนทางด้านจิตใจ 5 แบบแผน คือ

#### ด้านร่างกาย

1. แบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพ (Health perception-health management pattern)
2. แบบแผนโภชนาการและเมตาบอลิซึม (Nutritional-metabolic pattern)
3. แบบแผนการขับถ่ายของเสีย (Elimination pattern)
4. แบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย (Activity-exercise pattern)
5. แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ (Sleep-rest pattern)
6. แบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ (Sexuality-reproductive pattern)

#### ด้านจิตใจ

7. แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ (Cognitive-perceptual pattern)
8. แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (Self-perception-Self-concept pattern)
9. แบบแผนบทบาทและสัมพันธ์ภาพ (Role-relationship pattern)
10. แบบแผนการเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด (Coping-stress-tolerance pattern)
11. แบบแผนความเชื่อและค่านิยม (Value-belief pattern)

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยทั้งภายในและต่างประเทศ เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการสื่อสารของพยาบาลกับผู้ป่วย จึงได้นำเสนองานวิจัยที่มีส่วนสัมพันธ์กับการวิจัยในครั้งนี้ ตามลำดับดังนี้

### งานวิจัยในประเทศ

นฤมล ปทุมรักษ์ (2529) ได้ทำการวิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยวิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม พบว่าพยาบาลวิชาชีพในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก มีพฤติกรรม การพยาบาลขณะให้การพยาบาลผู้ป่วยที่รู้สติและไม่รู้สติ ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านกิริยาท่าทางที่แสดงความเอาใจใส่ ด้านกิริยาท่าทางที่แสดงการยอมรับผู้ป่วย และด้านการมีระยะห่างระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยขณะให้การพยาบาล ส่วนพฤติกรรมด้านการแสดงสีหน้าและสายตา ด้านการพูดที่แสดงความเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ด้านการพูดเพื่อประคับประคองจิตใจของผู้ป่วย และด้านการสัมผัสผู้ป่วย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จารุวรรณ เอกอรรย์ผล (2530) ได้วิเคราะห์ปฏิกริยาสัมพันธ์ของพยาบาลกับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยจิตเวช ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน โดยวิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม พบว่าสถานการณ์ของการมีปฏิกริยาสัมพันธ์ส่วนใหญ่ คือการพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วย และเรื่องทั่ว ๆ ไป และสถานการณ์ของการมีปฏิกริยาสัมพันธ์น้อยที่สุดคือ ขณะที่ยาบาลช่วยแพทย์ในการรักษาผู้ป่วย โดยพยาบาลเป็นผู้เริ่มต้นการมีปฏิกริยาสัมพันธ์มากกว่าผู้ป่วยและส่วนใหญ่สถานการณ์ของการมีปฏิกริยาสัมพันธ์ทั้งที่พยาบาลและผู้ป่วยเป็นผู้เริ่มต้นเป็นสถานการณ์เดียวกันคือการพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วย และเรื่องทั่ว ๆ ไป สำหรับเวลาที่ใช้ในสถานการณ์สร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการรักษานั้นใช้เวลานานที่สุด ส่วนสถานการณ์ที่ทักทายปราศรัยเพื่อให้เกิดบรรยากาศที่ดีใช้เวลา น้อยที่สุด พฤติกรรมพยาบาลด้านความสนใจที่มีต่อผู้ป่วย ส่วนใหญ่พยาบาลให้ความสนใจตามลักษณะงานประจำ เป็นส่วนน้อยที่พยาบาลให้ความสนใจในลักษณะหลีกเลี่ยง และตามบทบาทของพยาบาลจิตเวช พฤติกรรมด้านอารมณ์ที่แสดงออกต่อผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีลักษณะอารมณ์แบบเอาจริงเอาจัง น้อยที่สุดคือ วิพากษ์ วิจารณ์ เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมด้านต่าง ๆ ของพยาบาลที่เคย และไม่เคยได้รับการศึกษาต่อเนื่องเฉพาะทางการพยาบาลจิตเวช พบว่าทั้งผู้ที่เคยและไม่เคยได้รับการศึกษาต่อเนื่องเฉพาะทางการพยาบาลจิตเวช ส่วนใหญ่จะให้ความสนใจผู้ป่วยตามลักษณะงานประจำ และมีลักษณะอารมณ์แบบเอาจริง

เอาจึง พยาบาลที่เคยได้รับการศึกษาต่อเนื่องเฉพาะทางการพยาบาลจิตเวชส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมเน้นที่จิตใจ และเน้นที่ร่างกายพบน้อยที่สุด แต่พยาบาลที่ไม่เคยได้รับการศึกษาต่อเนื่องเฉพาะทางการพยาบาลจิตเวชส่วนใหญ่จะเน้นที่ร่างกาย และเน้นที่จิตใจน้อยที่สุด

พิชชดา วิรัชพินทุ (2534) ทำการศึกษาพฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลต่อผู้ป่วย ตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่หน่วยแพทย์เวร-ฉุกเฉิน แผนกการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลประจำการจำนวน 100 คน และผู้ป่วยที่มาใช้บริการตรวจรักษา จำนวน 150 คน สุ่มตัวอย่างผู้ป่วยแบบบังเอิญและใช้วิธีการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยตามแบบประเมิน สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลใช้แบบประเมินให้กลุ่มตัวอย่างประเมินด้วยตนเอง พบว่า พฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลต่อผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลกับการรับรู้ของผู้ป่วย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยที่มาใช้บริการตรวจรักษาในเวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก มีการรับรู้พฤติกรรมสื่อสารของพยาบาลต่อผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานแตกต่างกัน มีการรับรู้พฤติกรรมสื่อสารของพยาบาลต่อผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน

เรวดี ลือพงศ์ลักษณ์ (2535) ทำการวิเคราะห์พฤติกรรมของพยาบาลขณะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างที่ใช้มีจำนวน 30 คน สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการจับฉลาก โดยผู้วิจัยทำการสังเกตพฤติกรรมของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างขณะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเกิดในสถานการณ์การให้การพยาบาลตามแผนการรักษา ส่วนน้อยเกิดขึ้นในสถานการณ์ให้การดูแลเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคล ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่พยาบาลเป็นผู้เริ่มต้นการปฏิสัมพันธ์และเวลาที่ใช้ในการมีปฏิสัมพันธ์ พยาบาลใช้เวลา นานที่สุดในสถานการณ์เกี่ยวกับการให้การพยาบาลตามแผนการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ จารุวรรณ เอกอรรณัยผล (2530) ที่ว่า พยาบาลเป็นผู้เริ่มต้นการมีปฏิสัมพันธ์มากกว่าผู้ป่วย และใช้เวลาในสถานการณ์สร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการรักษานานที่สุด พฤติกรรมของพยาบาลขณะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับสถานการณ์การพยาบาลคือ ในสถานการณ์พยาบาลเกี่ยวกับการซักถามอาการหรือความก้าวหน้าของการเจ็บป่วย การให้การพยาบาลตามแผนการรักษา การดูแลเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคล ส่วนใหญ่เป็นพฤติกรรมในภาวะความเป็นพ่อแม่แบบช่วยเหลือ ส่วนในสถานการณ์การพยาบาลเกี่ยวกับการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นพฤติกรรมในภาวะความเป็นผู้ใหญ่

สุภรณ์ ลิ้มวิภาวีนันต์ (2535) ทำการศึกษาเจตคติต่อผู้ป่วยสูงอายุ และพฤติกรรมของพยาบาลขณะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยสูงอายุในหอผู้ป่วยสามัญแผนกอายุรกรรมทั่วไป และ ศัลยกรรมทั่วไปในโรงพยาบาลของรัฐเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างที่ใช้มีจำนวน 100 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 4 ชุด คือ

1. แบบวัดเจตคติต่อผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาล
2. แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
3. แบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมของพยาบาลขณะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยสูงอายุ
4. แบบสัมภาษณ์ภาวะจิตเสื่อมในผู้ป่วยสูงอายุ

จากการศึกษาพบว่าในการสนทนาเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดในเรื่องที่สนใจและให้ผู้ป่วยมีความคิดอิสระในการตัดสินใจเป็นข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดจัดอยู่ในระดับไม่เหมาะสมสำหรับพฤติกรรมการดูแลคนทั้งคน ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ สนทนาถึงความต้องการของผู้ป่วย เช่น ความต้องการของใช้ ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จัดอยู่ในระดับเหมาะสมน้อย ส่วนพฤติกรรมด้านให้ความสนใจ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือฟังเพื่อรวบรวมข้อมูลที่ถูกต้อง ชักถามเมื่อไม่แน่ใจ และสรุปให้ฟังซ้ำอีกครั้ง และยุติการสนทนาเมื่อผู้ป่วยต้องการและสมควรกับเวลา ซึ่งจัดอยู่ในระดับไม่เหมาะสม

### งานวิจัยในต่างประเทศ

Macleod Clark's 1982 quoted in Jarrett (1995) ได้ศึกษาปฏิสัมพันธ์เชิงวัจนะของพยาบาลกับผู้ป่วย โดยการวิเคราะห์จากเทปบันทึกการสนทนาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมโดยการบันทึกเทปในขณะที่พยาบาลทำหน้าที่ให้การพยาบาลตามปกติ พบว่าจำนวนเวลาที่พยาบาลใช้ในการสื่อสารกับผู้ป่วยโดยตรงนั้นน้อย แม้ว่าจะมากกว่า 50 % ก็ตาม นอกจากนี้ยังพบว่าส่วนใหญ่แล้ว (83.5 %) การสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย พยาบาลเป็นผู้เริ่มต้นมากกว่าผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ จารุวรรณ เอกอรรถมัยผล (2530) และ เรวดี ลือพงษ์ลักษณ์ (2535) ที่พบว่าส่วนใหญ่พยาบาลเป็นผู้เริ่มต้นการมีปฏิสัมพันธ์ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าพยาบาลเป็นผู้ควบคุมและมีอำนาจเหนือผู้ป่วยในการสนทนากัน

Riemen (1986) ได้ศึกษาการขาดการดูแลและการดูแลในหอผู้ป่วย ตามการรายงานของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยรายงานว่าพยาบาลปฏิบัติงานอย่างรีบร้อนและมุ่งหวังประสิทธิภาพมุ่งปฏิบัติงานตามหน้าที่ซึ่งสอดคล้องกับจารุวรรณ เอกอรรถมัยผล (2530) ที่พบว่าพฤติกรรมพยาบาลด้านความสนใจมีต่อผู้ป่วยส่วนใหญ่พยาบาลให้ความสนใจตามลักษณะงานประจำ นอกจากนี้ Riemen ยังพบว่าพยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความกระด้าง และดูแลคน

ผู้ป่วย ปฏิบัติต่อผู้ป่วยเหมือนผู้ป่วยเป็นเด็ก ไม่มีการตอบสนองต่อการขอร้องของผู้ป่วย กระทำต่อผู้ป่วยเสมือนผู้ป่วยไม่ใช่มนุษย์ แต่เป็นวัตถุ และไม่ได้ให้ความสนใจในตัวผู้ป่วยแต่ไปสนใจอุปกรณ์การรักษาแทน

Bysse (1988) quoted in Radcliffe (1993) ได้ศึกษาพบว่าในผู้ป่วยที่มีระดับความวิตกกังวลลดลง เป็นผลเนื่องมาจากผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลก่อนการทำผ่าตัด ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยต้องการยาระงับความรู้สึกหรือยาแก้ปวดน้อยลง และหายเร็วขึ้น

Armstrong-Esther et. al.(1989) ได้ทำการศึกษาทัศนคติและพฤติกรรมของพยาบาลต่อผู้ป่วยสูงอายุในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้แบบสอบถามร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม โดยได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาจากพยาบาล 50 คน ผู้ช่วยพยาบาล 20 คนและอาสาสมัครอีก 12 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างชอบที่จะทำงานกับผู้ป่วยสูงอายุ โดยผู้ที่มีพื้นฐานการพยาบาลต่ำ จะให้ความสำคัญในเรื่องความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ มากกว่าผู้ที่มีพื้นฐานการพยาบาลสูง เช่น มีการพูดคุยกับผู้ป่วยสูงอายุ และพบว่า 74 % ของผู้ป่วยสูงอายุใช้เวลาเกือบทั้งหมดอยู่บนเตียงหรือนั่งบนเก้าอี้ และความกระฉับกระเฉงของผู้สูงอายุ ขึ้นอยู่กับกิจกรรมที่เจ้าหน้าที่จัดขึ้นระหว่างการสังเกต พบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 41 % ไม่ได้มีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่เลย และภาวะสุขภาพจิตเป็นตัวแปรที่มีความเกี่ยวข้องกับการเริ่มต้นมีปฏิสัมพันธ์มากที่สุด เจ้าหน้าที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่สับสนน้อยมากที่สุด และมีปฏิสัมพันธ์น้อยที่สุดกับผู้ป่วยที่มีอาการสับสนมากขึ้น และมีปฏิสัมพันธ์ปานกลางกับผู้ป่วยที่ปกติดี

Covell (1989) ได้ศึกษาการหลีกเลี่ยงการสื่อสารของพยาบาลกับผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ที่พยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต หลีกเลี่ยงที่จะทำการสื่อสารกับผู้ป่วย และเพื่อจำแนกชนิดของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ทำการตรวจสอบระดับความรู้สึกของผู้ป่วยว่ามีผลกระทบต่อแบบของการสื่อสารของพยาบาลหรือไม่ การเก็บรวบรวมข้อมูลทำโดยการสังเกต และบันทึกลงในแบบตรวจสอบรายการ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 16 คน ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตยังคงหลีกเลี่ยงการสื่อสารกับผู้ป่วยอยู่ กลุ่มตัวอย่างพยาบาลที่ศึกษา หลีกเลี่ยงการสื่อสารถึง 65 % ของเวลา และใช้เวลาในการสื่อสารกับผู้ป่วยเพียง 35 % เท่านั้น และระดับการรับรู้ของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการสื่อสารเชิงวัจนะของพยาบาล

Jarrett (1995) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย พบว่างานวิจัยในอดีตนั้น พยาบาลเป็นผู้ควบคุมและจำกัดหัวข้อในการสนทนากับผู้ป่วย เช่น มักจะพูดคุยในเรื่องการดูแลทางด้านร่างกายของผู้ป่วยหรือสนทนาในเรื่องทั่ว ๆ ไป โดยใช้พฤติกรรมสื่อสาร

เชิงวิจัย และเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องส่วนนี้ Jarrett ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรสนับสนุนให้มีการพัฒนาทักษะทางการสื่อสารแก่พยาบาล ส่วนงานวิจัยในแง่มุมมองของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยไม่ใส่ใจในเรื่องการสื่อสาร และยังมีปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยอีก คือปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านองค์การ ซึ่งมีผลต่อความสามารถในการสื่อสารของทั้งพยาบาลและผู้ป่วย Jarrett ได้เสนอแนะว่างานวิจัยที่จะทำในอนาคตนั้น ควรพิจารณาถึงการมีส่วนร่วมสนับสนุนซึ่งกันและกันในเรื่องการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย

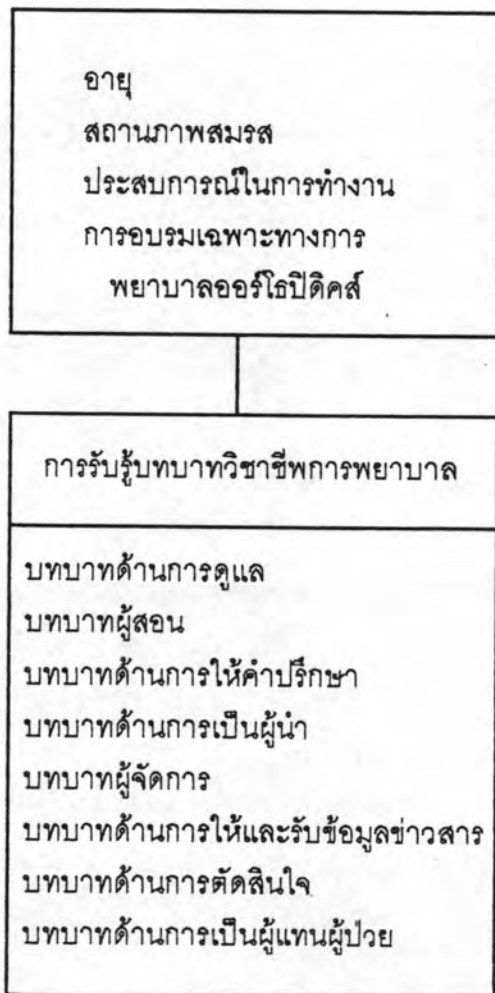
Tyson et al. (1995) ได้ทำการศึกษาคคุณภาพปฏิสัมพันธ์ของพยาบาลจิตเวชกับผู้ป่วย โดยการสังเกต ทำการสังเกตครั้งละ 5 นาที ในช่วงระยะเวลา 7 ถึง 10 ชั่วโมงต่อวัน ใช้เวลาในการสังเกตหอผู้ป่วยละ 10 วัน โดยแบ่งพฤติกรรมของพยาบาลเป็นพฤติกรรมที่พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย พฤติกรรมที่พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลด้วยกัน พฤติกรรมที่พยาบาลทำงานด้านบริหาร และพฤติกรรมอื่น ๆ ผลการศึกษา พบว่า ปฏิสัมพันธ์ของพยาบาลกับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตเกิดขึ้นน้อยกว่าปฏิสัมพันธ์ของพยาบาลกับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยเรื้อรัง และหอผู้ป่วยจิตเวชในผู้สูงอายุ และพบว่าพยาบาลที่อาวุโส มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยน้อย และมีพฤติกรรมในการทำงานด้านบริหารมากกว่า ในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยเกือบ 25 % เป็นปฏิสัมพันธ์เชิงบวก และมีเพียง 0.3 % เท่านั้น เป็นปฏิสัมพันธ์เชิงลบ และในหอผู้ป่วยเรื้อรังเกือบ 47 % เป็นปฏิสัมพันธ์เชิงบวก

จากการศึกษางานวิจัยดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยยังมีลักษณะไม่เหมาะสมอยู่ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพต่อกระดูกด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออโรโธปิดิกส์ในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ว่ามีพฤติกรรมการสื่อสารเป็นอย่างไร ตามกรอบแนวคิดดังต่อไปนี้



## กรอบแนวคิดในการวิจัย

## ตัวแปรอิสระ



## ตัวแปรตาม

