

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องศึกษาพฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกาย และจิตใจกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์ ในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสื่อสารเชิงวัจนะและเชิงอวัจนะของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์ ในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์ ในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส ประสบการณ์ในการทำงาน การอบรมเฉพาะทางการพยาบาลออโรโรปิติกส์ และการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาล

สมมติฐานของการวิจัย

1. พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมการสื่อสารต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์แตกต่างกัน
2. พยาบาลวิชาชีพที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีพฤติกรรมการสื่อสารต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์แตกต่างกัน
3. พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำงานต่างกัน จะมีพฤติกรรมการสื่อสารต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์แตกต่างกัน
4. พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลออโรโรปิติกส์และพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ได้รับการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลออโรโรปิติกส์ จะมีพฤติกรรมการสื่อสารต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์แตกต่างกัน

5. พยาบาลวิชาชีพที่มีการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลต่างกัน จะมีพฤติกรรมการสื่อสารต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์แตกต่างกัน

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออโรโรปิติกส์ ในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเลิดสิน จำนวน 19 คน และพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 11 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ชุด ดังต่อไปนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ แบ่งออกเป็น 2 ตอน

ตอนที่ 1 เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ

ตอนที่ 2 เป็นข้อคำถามที่แสดงถึงการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ 8 บทบาท ลักษณะคำตอบในแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 86 ข้อ จำแนกเป็นบทบาทวิชาชีพการพยาบาล 8 บทบาทคือ บทบาทด้านการดูแล 12 ข้อ บทบาทผู้สอน 13 ข้อ บทบาทด้านการให้คำปรึกษา 7 ข้อ บทบาทด้านการเป็นผู้นำ 12 ข้อ บทบาทผู้จัดการ 15 ข้อ บทบาทด้านการให้และรับข้อมูลข่าวสาร 7 ข้อ บทบาทด้านการตัดสินใจ 13 ข้อ และบทบาทด้านการเป็นผู้แทนผู้ป่วย 7 ข้อ

ทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้พยาบาลวิชาชีพ ที่มีคุณสมบัติคล้ายประชากรจริง จำนวน 30 คน คำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (coefficient alpha or cronbach coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.98

ชุดที่ 2 แบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์ พร้อมคู่มือการสังเกตพฤติกรรมสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์ โดยแบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์ มีลักษณะดังนี้คือ ด้านซ้ายมือเป็นช่องพฤติกรรมสื่อสารตามแบบแผนสุขภาพของบุคคลของ Marjory Gordon จำนวน 11 แบบแผน โดยแบ่งเป็นการดูแลด้านร่างกาย 6 แบบแผน ได้แก่ แบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพ แบบแผนโภชนาการและเมตาบอลิซึม แบบแผนการขับถ่ายของเสีย แบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ และแบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ และการดูแลด้านจิตใจ 5 แบบแผน

ได้แก่ แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ แบบแผนบทบาท และสัมพันธภาพ แบบแผนการเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด และแบบแผนความเชื่อและค่านิยม ส่วนด้านขวามือเป็นช่องพฤติกรรมการสื่อสารเชิงวัจนะและเชิงอวัจนะ ซึ่งครอบคลุมใน 6 ลักษณะ ได้แก่ อากาษา นัยนภาษา สัมผัสภาษา ปริภาษา เทศภาษา และกาลภาษา ส่วนด้านขวามือสุดเป็นช่องบันทึกพฤติกรรมที่สังเกตพบ

การหาความเที่ยงของแบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพ ต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์ กระทำโดยผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยร่วมสังเกตพร้อมกัน โดยสังเกตพฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์ จำนวน 5 คน ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 3 ชั่วโมง รวมจำนวนการสังเกตทั้งหมด 5 ครั้ง 15 ชั่วโมง นำมาหาค่าความเที่ยงของการสังเกตโดยใช้สูตรของ Polit and Hungler ได้ค่าความเที่ยงของการสังเกตเท่ากับ 0.81

การหาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ กระทำโดยการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลด้านการบริการ การศึกษา การบริหาร และด้านนิเทศศาสตร์ จำนวน 10 ท่าน โดยถือเกณฑ์ร้อยละ 80 ของความเห็นที่ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นตรงกัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในส่วนที่เป็นแบบสอบถามโดยส่งแบบสอบถามให้หัวหน้าหอผู้ป่วยให้พยาบาลวิชาชีพที่เป็นประชากรตอบ และใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลในส่วนนี้เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 4 เมษายน 2539 ถึงวันที่ 9 พฤษภาคม 2539 การเก็บรวบรวมข้อมูลในส่วนที่เป็นการสังเกตพฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์นั้น ผู้วิจัยใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participant Observation) โดยไม่บอกรายละเอียดของพฤติกรรมที่จะทำการสังเกตให้ประชากรทราบ ผู้วิจัยเริ่มทำการสังเกตเมื่อพยาบาลวิชาชีพเข้าไปพูดคุยหรือปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพของบุคคลของ Marjory Gordon ซึ่งแสดงออกทางด้านวัจนะและอวัจนะภาษา โดยผู้วิจัยไปทำการสังเกตคนเดียว ใช้เวลาในการสังเกตพยาบาลแต่ละคน ๆ ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 3 ชั่วโมง และพัก 10 นาที ในระหว่างการสังเกตแต่ละชั่วโมง จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ถูกสังเกต 30 คน รวมการสังเกตทั้งหมด 90 ครั้ง ใช้เวลาในการสังเกตรวม 270 ชั่วโมง โดยทำการสังเกตในช่วงระยะเวลา 9.00 - 12.00 น. 2 ครั้ง และ 13.00 - 16.00 1 ครั้ง โดยไม่จำกัดความซ้ำของสถานการณ์การสื่อสาร ผู้วิจัยจะทำการบันทึกพฤติกรรมที่สังเกตพบลงในแบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมทันที ทั้งนี้เพื่อ

หลีกเลี่ยงการบันทึกจากความทรงจำ ผู้วิจัยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลในส่วนนี้เป็นระยะเวลา 13 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 3 เมษายน 2539 ถึงวันที่ 8 กรกฎาคม 2539

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรม SPSS-PC+ (Statistical Package for the Social Sciences / Personal Computer) โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05 ข้อมูลเกี่ยวกับสถานภาพของบุคคลของพยาบาลวิชาชีพวิเคราะห์เป็นค่าความถี่และร้อยละ ข้อมูลการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ และพฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออโรโอบิดิสวิเคราะห์เป็นค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบพฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออโรโอบิดิส จำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส ประสบการณ์การทำงาน การอบรมเฉพาะทางการพยาบาลออโรโอบิดิส และการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลโดยการทดสอบค่าที (t-test)

สรุปผลการวิจัย

1. สถานภาพส่วนบุคคลของประชากร

1.1 ลักษณะของประชากรในการวิจัย พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 20-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.3 มีสถานภาพสมรสโสดร้อยละ 83.3 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออโรโอบิดิสตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 60.0 และเคยได้รับการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลออโรโอบิดิส คิดเป็นร้อยละ 53.3 (ตารางที่ 1)

1.2 การรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาล พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลในระดับสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงมาคือพยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลในระดับสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.0 ส่วนการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลในระดับปานกลางมีร้อยละ 10.0 (ตารางที่ 2)

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ

2.1 การรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.17 จัดอยู่ในระดับสูงโดยพยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลใน

บทบาทด้านการเป็นผู้แทนผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ 4.33 จัดอยู่ในระดับสูง รองลงมาคือบทบาทด้านการให้และรับข้อมูลข่าวสาร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.24 จัดอยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลในบทบาทด้านการตัดสินใจมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.05 จัดอยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 3)

2.2 การรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลในบทบาทด้านการดูแลโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.15 จัดอยู่ในระดับสูงและพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลในเรื่องการวิเคราะห์ วินิจฉัย และสังเกตการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอให้ทันต่อเหตุการณ์ และสามารถใช้อุปกรณ์และเก็บรักษาเครื่องมือ เครื่องใช้พิเศษทุกชนิดเฉพาะโรคทางออร์โธปิดิกส์ได้อย่างมั่นใจ เช่น traction ชนิดต่าง ๆ เครื่อง CPM ฯลฯ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ 4.53 จัดอยู่ในระดับสูงที่สุด ส่วนการให้การดูแลและเอาใจใส่ผู้ป่วยด้านศาสนาและความเชื่อ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.13 จัดอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 4)

2.3 การรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลในบทบาทผู้สอนโดยรวม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.19 จัดอยู่ในระดับสูง และพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลในเรื่องการอธิบายถึงการมาตรวจตามที่แพทย์นัดมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ 4.57 จัดอยู่ในระดับสูงที่สุด ส่วนการจัดหาหรือทำสื่อ เช่น วิดีทัศน์ โปสเตอร์ หนังสือ ฯลฯ เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.30 จัดอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 5)

2.4 การรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลในบทบาทด้านการให้คำปรึกษาโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.07 จัดอยู่ในระดับสูง และพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้บทบาทวิชาชีพในเรื่องการแสดงท่าทีเป็นมิตรในขณะที่ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และ/หรือผู้ร่วมงานมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ 4.23 จัดอยู่ในระดับสูง ส่วนการให้ความอบอุ่นแก่ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และ/หรือผู้ร่วมงานขณะให้คำปรึกษา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.93 จัดอยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 6)

2.5 การรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลในบทบาทด้านการเป็นผู้นำโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.12 จัดอยู่ในระดับสูง และพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลในการโน้มน้าวให้ผู้ป่วยร่วมมือในการปฏิบัติกรพยาบาลมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ 4.40 จัดอยู่ในระดับสูง ส่วนการใช้ภาวะผู้นำแบบเผด็จการในการปฏิบัติงานในบางสถานการณ์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.23 จัดอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 7)

2.6 การรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลในบทบาทผู้จัดการโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.19 จัดอยู่ในระดับสูง และพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้บทบาทวิชาชีพในการมอบหมายงานแก่สมาชิกทีมตามความรู้ความสามารถและปริมาณงาน มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ 4.47

จัดอยู่ในระดับสูง ส่วนการจัดระบบการพยาบาลแบบเจ้าของใช้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.47 จัดอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 8)

2.7 การรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลในบทบาทด้านการให้และรับข้อมูลข่าวสารโดยรวม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.24 จัดอยู่ในระดับสูง และพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลในการรักษาความลับของผู้ป่วยจากข้อมูลข่าวสารที่รวบรวมได้มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ 4.60 จัดอยู่ในระดับสูงที่สุด ส่วนการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้ป่วยทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.87 จัดอยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 9)

2.8 การรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลในบทบาทด้านการตัดสินใจโดยรวม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.05 จัดอยู่ในระดับสูง และพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลในการรวบรวมข้อมูลอย่างเพียงพอก่อนการตัดสินใจให้การดูแลผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ 4.53 จัดอยู่ในระดับสูงที่สุด ส่วนการตัดสินใจให้การพยาบาลผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในบางสถานการณ์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.60 จัดอยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 10)

2.9 การรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลในบทบาทด้านการเป็นผู้แทนผู้ป่วยโดยรวม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.33 จัดอยู่ในระดับสูง และพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลในการปกป้องอันตรายที่จะเกิดแก่ผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ 4.47 จัดอยู่ในระดับสูง ส่วนการทำหน้าที่เป็นผู้แทนของผู้ป่วยตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.13 จัดอยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 11)

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออโรโรปีติกส์

3.1 พฤติกรรมการสื่อสารเชิงวัจนะทางบอกและทางลบโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ .2451 และ .0312 ตามลำดับ พฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะทางบอกและทางลบโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.0097 และ .0370 ตามลำดับ สำหรับเทศภาษาโดยรวมในระยะ 0-18 นิ้ว ระยะ 18 นิ้ว - 4 ฟุต และระยะ 4-12 ฟุต มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ .2860 .0046 และ .0058 ตามลำดับ ส่วนกาลภาษาโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 27.147

3.2 พฤติกรรมการสื่อสารเชิงวัจนะของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออโรโรปีติกส์ จำแนกเป็นรายแบบแผน พบว่าพฤติกรรมการสื่อสารเชิงวัจนะทางบอกและทางลบโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ .2451 และ .0312 ตามลำดับ โดยพยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการสื่อสารเชิงวัจนะทางบอกและทางลบในแบบแผนโภชนาการและเมตาบอลิซึม มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ .7727 และ .1010 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมการสื่อสารเชิงวัจนะทางบอกในแบบแผนการเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียดมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดเท่ากับ .0044 และ

ไม่พบพฤติกรรมการสื่อสารเชิงวัจนะทางลบในแบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ แบบแผนการเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียดและแบบแผนความเชื่อและค่านิยม (ตารางที่ 13) สำหรับพฤติกรรมการสื่อสารเชิงวัจนะทางบวกพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีการบอกผู้ป่วยก่อนให้การพยาบาลมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.04 (ตารางที่ 14) ส่วนพฤติกรรมการสื่อสารเชิงวัจนะทางลบพบว่าพยาบาลวิชาชีพเรียกผู้ป่วยโดยไม่มีสรรพนามนำหน้ามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.85 (ตารางที่ 15)

3.3 พฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านอาการภาษาของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออริโธปีติกส์ จำแนกเป็นรายแบบแผนพบว่าพฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านอาการภาษาทางบวกและทางลบโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ .2794 และ .0162 ตามลำดับ โดยพยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านอาการภาษาทางบวกและทางลบในแบบแผนโภชนาการและเมตาบอลิสมมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ .8909 และ .0515 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะทางบวกในแบบแผนการเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียดมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดเท่ากับ .0044 และไม่พบพฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านอาการภาษาทางลบในแบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ แบบแผนการเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด และแบบแผนความเชื่อและค่านิยม (ตารางที่ 16) สำหรับพฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านอาการภาษาทางบวกพบว่าพยาบาลวิชาชีพให้การพยาบาลด้วยความสุภาพ อ่อนโยนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.58 (ตารางที่ 17) ส่วนพฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านอาการภาษาทางลบ พบว่าพยาบาลวิชาชีพ ยืนขึ้นโน้มกอดอก ทำวสะเอว มือไหล่หลัง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.87 (ตารางที่ 18)

3.4 พฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านนัยนภาษาของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออริโธปีติกส์ จำแนกเป็นรายแบบแผนพบว่า พฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านนัยนภาษาทางบวกและทางลบโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ .2848 และ .0012 ตามลำดับ โดยพยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านนัยนภาษาทางบวกในแบบแผนโภชนาการและเมตาบอลิสม มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ .8919 ส่วนพฤติกรรมการสื่อสารในแบบแผนการเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียดมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดเท่ากับ .0044 สำหรับพฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านนัยนภาษาทางลบพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการสื่อสารในแบบแผนการขับถ่ายของเสียมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ .0074 และไม่พบว่ามีพฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านนัยนภาษาทางลบในแบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพ แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ แบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ แบบแผนบทบาทและสัมพันธ์ภาพ แบบแผนการเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด

และแบบแผนความเชื่อและค่านิยม (ตารางที่ 19) และพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านนัยนภาษา โดยมีการสบตากับผู้ป่วยถึงร้อยละ 99.57 ส่วนการไม่สบตากับผู้ป่วยมีเพียงร้อยละ 0.43 (ตารางที่ 20)

3.5 พฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านสัมผัสภาษาของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออริโรปิติกส์ จำแนกเป็นรายแบบแผน พบว่าพฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านสัมผัสภาษาทางบวกและทางลบโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ .1875 และ .0026 ตามลำดับ โดยพยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านสัมผัสภาษาทางบวกในแบบแผนโภชนาการและเมตาบอลิซึม มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ .6616 และไม่พบว่ามีพฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านสัมผัสภาษาทางบวกในแบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ และแบบแผนการเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด สำหรับพฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านสัมผัสภาษาทางลบ พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการสื่อสารในแบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ .0111 และไม่พบว่ามีพฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านสัมผัสภาษาทางลบในแบบแผนการขับถ่ายของเสีย แบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ แบบแผนการเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด และแบบแผนความเชื่อและค่านิยม (ตารางที่ 21) และพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านสัมผัสภาษา โดยมีการสัมผัสผู้ป่วยอย่างนุ่มนวลถึงร้อยละ 98.61 ส่วนการสัมผัสผู้ป่วยอย่างไม่นุ่มนวลมีเพียงร้อยละ 1.39 (ตารางที่ 22)

3.6 พฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านปริภาษาของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออริโรปิติกส์ จำแนกเป็นรายแบบแผนพบว่า พฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านปริภาษาทางบวกและทางลบโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ .2559 และ .0143 ตามลำดับ โดยพยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านปริภาษาทางบวกและทางลบในแบบแผนโภชนาการและเมตาบอลิซึมมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ .7848 และ .0384 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านปริภาษาทางบวกในแบบแผนการเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียดมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดเท่ากับ .0044 และไม่พบพฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านปริภาษาทางลบในแบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ แบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ แบบแผนการเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด และแบบแผนความเชื่อและค่านิยม (ตารางที่ 23) และพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านปริภาษาทางบวกโดยพูดด้วยน้ำเสียงที่ชัดเจนดังเป็นปกติมีจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 39.97 (ตารางที่ 24) ส่วน

พฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านปริภาษาทางลบโดยพูดเสียงดัง เน้นเสียง กระแทกเสียง เสียงแข็ง มีจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 35.80 (ตารางที่ 25)

3.7 พฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านเทศภาษาของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออริโธปีดิคส์ จำแนกเป็นรายแบบแผน พบว่าพฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านเทศภาษา ระยะ 0-18 นิ้ว 18 นิ้ว-4 ฟุต และ 4-12 ฟุต โดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ .2880 .0046 และ .0058 ตามลำดับ โดยพยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านเทศภาษาในระยะ 0-18 นิ้วในแบบแผนโภชนาการและเมตาบอลิสมมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ .9364 ส่วนพฤติกรรมการสื่อสารในแบบแผนการเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียดมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดเท่ากับ .0044 สำหรับระยะ 18 นิ้ว-4 ฟุต พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการสื่อสารในแบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ .0222 และไม่พบว่ามีพฤติกรรมการสื่อสารในแบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ แบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ และแบบแผนการเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด ส่วนระยะ 4-12 ฟุต พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการสื่อสารในแบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ .0181 และไม่พบว่ามีพฤติกรรมการสื่อสารในแบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ แบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ แบบแผนการเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด และแบบแผนความเชื่อและค่านิยม (ตารางที่ 26)

3.8 พฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านกาลภาษาของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออริโธปีดิคส์ จำแนกเป็นรายแบบแผน พบว่าพฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านกาลภาษาโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 27.1473 โดยพยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านกาลภาษาในแบบแผนโภชนาการและเมตาบอลิสมมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ 100.4657 ส่วนพฤติกรรมการสื่อสารในแบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดเท่ากับ .0639 (ตารางที่ 27) และพบว่าพยาบาลวิชาชีพใช้เวลาเดินไปมาและปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและล้างมือมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 24.52 และใช้เวลาน้อยที่สุดในการนิเทศงาน คิดเป็นร้อยละ 0.42 (ตารางที่ 28)

3.9 เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะทางบวกและทางลบของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออริโธปีดิคส์ จำแนกตามอายุโดยรวมพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 29)

3.10 เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะทางบวกและทางลบของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออริโธปีดิคส์ จำแนกตามอายุโดยรวมพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 30)

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพยาบาลวิชาชีพที่เป็นโสดมีพฤติกรรมการสื่อสารด้านกาลภาษาต่อการดูแลด้านจิตใจกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์ มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีสถานภาพสมรสคู่ (ตารางที่ 36)

ดังนั้นสรุปได้ว่า พฤติกรรมการสื่อสารเชิงวัจนะทางบวกของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านจิตใจกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์ พฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะทางบวกของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านจิตใจกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์ และพฤติกรรมการสื่อสารด้านกาลภาษาของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านจิตใจกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์ของพยาบาลวิชาชีพที่เป็นโสด และพยาบาลวิชาชีพที่สมรสแล้วแตกต่างกันซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อ 2

3.17 เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการสื่อสารเชิงวัจนะทางบวกและทางลบของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์ จำแนกตามประสบการณ์การทำงานโดยรวม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 37)

3.18 เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะทางบวกและทางลบของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์ จำแนกตามประสบการณ์การทำงานโดยรวม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 38)

3.19 เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านเทศกาลภาษาของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์ จำแนกตามประสบการณ์การทำงานโดยรวม พบว่าพฤติกรรมการสื่อสารในระยะ 18 นิ้ว - 4 ฟุต ของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมการสื่อสารด้านเทศกาลภาษาระยะ 18 นิ้ว - 4 ฟุต ต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงาน 1 - 5 ปี เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า พฤติกรรมการสื่อสารในระยะ 18 นิ้ว - 4 ฟุต ของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมการสื่อสารด้านเทศกาลภาษาระยะ 18 นิ้ว - 4 ฟุต ต่อการดูแลด้านร่างกายกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์ มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ 1-5 ปี (ตารางที่ 39)

3.20 เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการสื่อสารด้านกาลภาษาของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์ จำแนกตามประสบการณ์การทำงานโดยรวม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า พฤติกรรมการสื่อสารด้านกาลภาษาของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านจิตใจกับผู้ป่วย

ออร์โธปิดิกส์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมการสื่อสารด้านกาลภาษาต่อการดูแลด้านจิตใจกับผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงาน 1-5 ปี (ตารางที่ 40)

ดังนั้น สรุปได้ว่าพฤติกรรมการสื่อสารด้านเทศภาษาระยะ 18 นิ้ว - 4 ฟุต ของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ พฤติกรรมการสื่อสารด้านเทศภาษาระยะ 18 นิ้ว - 4 ฟุต ของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายกับผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ และพฤติกรรมการสื่อสารด้านกาลภาษาของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านจิตใจกับผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ของพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงาน 1 - 5 ปี และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป แตกต่างกันไปซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อ 3

3.21 เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการสื่อสารเชิงวัจนะทางบอกและทางลบของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ จำแนกตามการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลออร์โธปิดิกส์โดยรวม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 41)

3.22 เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการสื่อสารเชิงวัจนะทางบอกและทางลบของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ จำแนกตามการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลออร์โธปิดิกส์โดยรวม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 42)

3.23 เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการสื่อสารด้านเทศภาษาของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ จำแนกตามการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลออร์โธปิดิกส์โดยรวม ในระยะ 4-12 ฟุต พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพยาบาลวิชาชีพที่เคยได้รับการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลออร์โธปิดิกส์มีพฤติกรรมการสื่อสารด้านเทศภาษาต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจในระยะ 4-12 ฟุต มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่ไม่เคยได้รับการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ (ตารางที่ 43)

3.24 เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการสื่อสารด้านกาลภาษาของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ จำแนกตามการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลออร์โธปิดิกส์โดยรวม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 44)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า พฤติกรรมการสื่อสารด้านเทศภาษาระยะ 4-12 ฟุต ของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ของพยาบาลวิชาชีพ

ที่เคยอบรมเฉพาะทางการพยาบาลออโรปิติกส์ และพยาบาลวิชาชีพที่ไม่เคยได้รับการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลออโรปิติกส์แตกต่างกัน ซึ่งไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อ 4

3.25 เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการสื่อสารเชิงวัจนะทางบวกและทางลบของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออโรปิติกส์ จำแนกตามการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลโดยรวม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 45)

3.26 เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะทางบวกและทางลบของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออโรปิติกส์ จำแนกตามการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลโดยรวม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 46)

3.27 เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการสื่อสารด้านเทคนิคภาษาของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออโรปิติกส์ จำแนกตามการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลโดยรวม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 47)

3.28 เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการสื่อสารด้านกาลภาษาของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออโรปิติกส์ จำแนกตามการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลโดยรวม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 48)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ผลการวิจัยไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อ 5 ซึ่งระบุว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลต่างกัน จะมีพฤติกรรมการสื่อสารต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออโรปิติกส์แตกต่างกัน

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ

1.1 ผลการวิจัยในบทบาทด้านการดูแล พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลในเรื่องการวิเคราะห์ วินิจฉัย และสังเกตการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ให้ทันต่อเหตุการณ์ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ 4.53 และจัดอยู่ในระดับสูงที่สุด การที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่าการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวนี้เป็นหน้าที่โดยอิสระ (independent nursing) ซึ่งพยาบาลสามารถใช้ความรู้ความสามารถของวิชาชีพได้โดยอิสระในการให้การพยาบาลผู้ป่วย โดยมีต้องให้ผู้อื่นใดมาออกคำสั่ง (เพเยอร์ เกิดสุขทิพย์, 2536) และการมีความสามารถ ใช้อุปกรณ์และเก็บรักษาเครื่องมือเครื่องใช้พิเศษทุกชนิดเฉพาะโรคทางออโรปิติกส์ได้อย่างมั่นใจ เช่น traction ชนิดต่าง ๆ

เครื่อง CPM ฯลฯ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ 4.53 และจัดอยู่ในระดับสูงที่สุดเช่นเดียวกัน ทั้งนี้เนื่องจาก การมีความสามารถในการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ช่วยรักษาทางออร์โธปิดิกส์ได้อย่างถูกต้องนั้นเป็นคุณสมบัติประการหนึ่งของการพยาบาลออร์โธปิดิกส์นั่นเอง จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลทั้งสองประการนี้อยู่ในระดับสูงที่สุด ส่วนการให้การดูแลและเอาใจใส่ผู้ป่วยด้านศาสนาและความเชื่อมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.13 จัดอยู่ในระดับปานกลางการที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของศาสนาและความเชื่อของผู้ป่วยมากนัก จึงทำให้มีการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลในเรื่องนี้อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งที่ความเป็นจริงแล้วศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจของมนุษย์ เป็นความต้องการพิเศษด้านจิตใจ (spiritual need) หรือความต้องการด้านศาสนธรรม ไม่ว่าจะบุคคลจะอยู่ในศาสนาใดก็ตามเมื่อเกิดความไม่สบาย เกิดทุกข์หรือความเจ็บป่วย ย่อมต้องการที่พึ่งทางใจทางศาสนา (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2522) พยาบาลต้องเรียนรู้ลักษณะวัฒนธรรมและศาสนาของผู้ป่วย ซึ่งมีผลต่อการประพฤติปฏิบัติในชีวิตประจำวันเพื่อวางแผนการพยาบาลได้สอดคล้องและปรับเปลี่ยนให้เข้ากับระบบความเชื่อของผู้ป่วย ความเข้าใจในภูมิหลังด้านวัฒนธรรมและศาสนา จะช่วยลดช่องว่างในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตของผู้ป่วย ตลอดจนการรับการรักษาบางอย่าง ซึ่งอาจขัดต่อความเชื่อทางศาสนาของผู้ป่วยได้ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2535)

1.2 ผลการวิจัยในบทบาทผู้สอน พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลในเรื่องการอธิบายถึงการมาตรวจตามที่แพทย์นัดมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ 4.57 จัดอยู่ในระดับสูงที่สุด การที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่า ลักษณะของผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์นั้นเมื่อได้รับการรักษาพยาบาลแล้ว จะยังไม่หายเป็นปกติในทันที เมื่อผู้ป่วยอาการทุเลาแล้ว แพทย์จะให้ผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้านและมีการนัดมาตรวจเป็นระยะ ๆ เพื่อแพทย์จะได้ติดตามความก้าวหน้าของการรักษา เช่น การติดกันของกระดูก ลักษณะแผลผ่าตัด เป็นต้น และช่วยค้นหาความผิดปกติต่าง ๆ เช่น การติดกันของกระดูกผิดรูป การติดเชื้อของกระดูก ถ้าพบความผิดปกติเหล่านี้ จะได้ทำการรักษาได้ทันที (วชิราภรณ์ สุมหนองศ, 2538) ด้วยเหตุนี้ จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลดังกล่าวข้างต้นอยู่ในระดับสูงที่สุด ส่วนการจัดหาหรือทำสื่อ เช่น วิดีทัศน์ โปสเตอร์ หนังสือ ฯลฯ เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดเท่ากับ 3.30 จัดอยู่ในระดับปานกลาง การที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่า การปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวข้างต้นอยู่ในความรับผิดชอบของฝ่ายเวชกรรมสังคมและเวชניתศน์ของแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งจะทำหน้าที่ผลิตหรือจัดหาสื่อต่าง ๆ อยู่แล้ว พยาบาลวิชาชีพจึงไม่ได้ทำหน้าที่ดังกล่าวโดยตรง เพียงแต่ใช้การประสานงานกับฝ่ายเวชกรรมสังคมและเวชניתศน์ของโรงพยาบาลก็สามารถนำสื่อดังกล่าวมาให้

ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยได้ จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลในเรื่องนี้อยู่ในระดับปานกลาง

1.3 ผลการวิจัยในบทบาทด้านการให้คำปรึกษา พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลในการแสดงท่าทีที่เป็นมิตร ในขณะที่ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยและ/หรือผู้ร่วมงาน มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ 4.23 จัดอยู่ในระดับสูง การที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่าการแสดงท่าทีที่เป็นมิตรในขณะที่ให้คำปรึกษานั้นเป็นองค์ประกอบสำคัญในการให้คำปรึกษาเป็นการสร้างสายสัมพันธ์ (Rapport) เป็นสิ่งที่พยาบาลต้องพยายามสร้างให้เกิดขึ้นให้ได้ (ชมพูนุทพงษ์ศิริ, 2537) ทั้งนี้เพื่อที่ผู้ป่วยจะได้กล้าระบายความทุกข์ ความคับข้องใจกับพยาบาล และพยาบาลสามารถนำข้อมูลที่ได้นี้มาใช้ประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาให้แก่ผู้ป่วยได้ต่อไป จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลดังกล่าวข้างต้นอยู่ในระดับสูง ส่วนการให้ความอบอุ่นแก่ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และ/หรือผู้ร่วมงานขณะที่ให้คำปรึกษามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.93 จัดอยู่ในระดับสูง แต่เป็นลำดับสุดท้ายของบทบาทด้านการให้คำปรึกษา การที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่าในขณะที่ให้คำปรึกษานั้น ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องมีทักษะในการให้คำปรึกษาที่ดี ประการหนึ่งก็คือการให้ความอบอุ่นแก่ผู้รับคำปรึกษา แต่พยาบาลวิชาชีพอาจจะไม่ได้รับการฝึกฝนทักษะในการให้คำปรึกษานี้มาโดยตรง ประกอบกับต้องอาศัยระยะเวลา และความคุ้นเคยกันพอสมควรด้วยจึงทำให้พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลในเรื่องนี้มีค่าเฉลี่ยเป็นลำดับสุดท้ายของบทบาทด้านการให้คำปรึกษา แต่อย่างไรก็ตามก็ยังจัดอยู่ในระดับสูง

1.4 ผลการวิจัยในบทบาทด้านการเป็นผู้นำ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลในการโน้มน้าวให้ผู้ป่วยร่วมมือในการปฏิบัติการพยาบาลมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ 4.40 จัดอยู่ในระดับสูง การที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่า ในการที่จะให้ผู้ป่วยร่วมมือในการปฏิบัติการพยาบาลนั้น พยาบาลจะต้องใช้ความสามารถของตนในการพูดโน้มน้าวให้ผู้ป่วยร่วมมือในการปฏิบัติการพยาบาล ทั้งนี้เพื่อเป้าหมายการมีสุขภาพดีของผู้ป่วย จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลในเรื่องนี้ จัดอยู่ในระดับสูง ส่วนการใช้ภาวะผู้นำแบบเผด็จการในการปฏิบัติงานในบางสถานการณ์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.23 จัดอยู่ในระดับปานกลาง การที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่า ในองค์การพยาบาลผู้นำหรือผู้บริหารส่วนใหญ่จะไม่มีลักษณะของผู้นำแบบหนึ่งแบบใดโดยเฉพาะ ทั้งนี้ย่อมขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมและสถานการณ์บางอย่างช่วยให้เป็นไปได้ (สุลักษณ์ มีชูทรัพย์, 2530) และการทำงานของพยาบาลวิชาชีพมีการทำงานเป็นทีม ซึ่งจะต้องมีการรับฟังความคิดเห็นของสมาชิกทีมอยู่เสมอ การใช้ภาวะผู้นำแบบเผด็จการไม่อาจจะกระทำได้ เพราะจะไม่ช่วยให้เกิดความร่วมมือของสมาชิกทีม จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลในเรื่องนี้อยู่ในระดับปานกลาง

1.5 ผลการวิจัยในบทบาทผู้จัดการ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลในการมอบหมายงานแก่สมาชิกทีมตามความรู้ความสามารถ และปริมาณงาน มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ 4.47 จัดอยู่ในระดับสูง การที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่าพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจในการมอบหมายงานเป็นอย่างดี เพราะผู้บริหารงานที่ดีจะต้องพิจารณาได้อย่างเหมาะสมว่า ควรจะมอบหมายงานหรือมอบหมายอำนาจหน้าที่มากน้อยเพียงใด จึงจะเป็นการดีที่สุด (ธงชัย สันติวงษ์, 2537) จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลในเรื่องนี้อยู่ในระดับสูง ส่วนการจัดระบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดเท่ากับ 3.47 จัดอยู่ในระดับปานกลาง การที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่า ระบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ ยังไม่สามารถนำมาปฏิบัติได้อย่างแพร่หลายในประเทศไทย เนื่องจากเป็นระบบที่ต้องอาศัยการเปลี่ยนแปลงระบบบริหารขององค์กร ต้องได้รับความเข้าใจ ร่วมมือจากพยาบาลทุกระดับ โดยที่ทุกคนต้องรู้จักหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเองเป็นอย่างดี (จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์, 2539) พยาบาลวิชาชีพอาจจะยังไม่เคยให้บริการพยาบาลโดยใช้ระบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ จึงทำให้มีการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาล ในเรื่องนี้อยู่ในระดับปานกลาง

1.6 ผลการวิจัยในบทบาทด้านการให้และรับข้อมูลข่าวสาร พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลในการรักษาความลับของผู้ป่วยจากข้อมูลข่าวสารที่รวบรวมได้ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ 4.60 จัดอยู่ในระดับสูงที่สุด การที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่า เป็นเพราะพยาบาลวิชาชีพตระหนักถึงสิทธิของผู้ป่วยมากที่สุดนั่นเอง ซึ่งสิทธิของผู้ป่วยตามข้อกำหนดของสมาคมโรงพยาบาลอเมริกัน ข้อหนึ่งได้กำหนดไว้ว่า ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการเก็บรักษาความลับในความเป็นส่วนตัวของเขา การจะนำเรื่องราวของเขาไปใช้ในการอภิปราย การศึกษา หรือส่งปรึกษา เป็นต้น ต้องกระทำด้วยความรอบคอบ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2538) ด้วยเหตุนี้จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลในเรื่องนี้อยู่ในระดับสูงที่สุด ส่วนการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้ป่วยทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.87 จัดอยู่ในระดับสูง แต่เป็นลำดับสุดท้ายของบทบาทด้านการให้และรับข้อมูลข่าวสารการที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่า โดยสภาพความเป็นจริงแล้ว พยาบาลวิชาชีพทำการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้ป่วยทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานอยู่ตลอดเวลา เช่น การรับ-ส่งเวร การส่งผู้ป่วยปรึกษาระหว่างแผนกหรือการประชุมปรึกษานานหรือก่อนหรือหลังปฏิบัติการพยาบาล เป็นต้น แต่พยาบาลวิชาชีพอาจจะไม่ได้ตระหนักว่าสิ่งเหล่านี้เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลในเรื่องนี้มีค่าเฉลี่ยเป็นลำดับสุดท้ายของบทบาทด้านการให้และรับข้อมูลข่าวสาร แต่ก็ยังจัดอยู่ในระดับสูง

1.7 ผลการวิจัยในบทบาทด้านการตัดสินใจ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลในการรวบรวมข้อมูลอย่างเพียงพอก่อนการตัดสินใจให้การดูแลผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ 4.53 จัดอยู่ในระดับสูงที่สุด การที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพเห็นว่าปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจที่สำคัญ ได้แก่ ข้อมูลและข่าวสารต่าง ๆ ที่จะใช้ประกอบการตัดสินใจ (อุตมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2534) โดยที่คุณภาพของการตัดสินใจต่าง ๆ จะสามารถยกระดับให้ดีและสูงขึ้นได้นี้ ย่อมต้องอาศัยข้อมูลที่มีความถูกต้องและเพียงพอกับความต้องการ (ธงชัย สันติวงษ์, 2537) จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาล ในเรื่องนี้อยู่ในระดับสูงที่สุด ส่วนการตัดสินใจให้การพยาบาลผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในบางสถานการณ์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.60 จัดอยู่ในระดับสูง แต่เป็นลำดับสุดท้ายของบทบาทด้านการตัดสินใจ การที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่าแม้ว่าการพยาบาลในปัจจุบันเน้นการให้อำนาจผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยหรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อชีวิตของเขาให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ด้วยความเชื่อว่าผู้ป่วยมีศักยภาพและความสามารถในการคิด ตัดสินใจ และเลือกสิ่งที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของเขาด้วยตนเองได้ (วิไลวรรณ สันธิศิริ, 2538) แต่เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพเคยชินกับการตัดสินใจให้การพยาบาลผู้ป่วยแต่เพียงฝ่ายเดียวมากกว่าที่จะตัดสินใจให้การพยาบาลผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลในเรื่องนี้มีค่าเฉลี่ยเป็นลำดับสุดท้ายของบทบาทด้านการตัดสินใจ แต่ก็ยังจัดอยู่ในระดับสูง

1.8 ผลการวิจัยในบทบาทด้านการเป็นผู้แทนผู้ป่วย พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลในการปกป้องอันตรายที่จะเกิดแก่ผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ 4.47 จัดอยู่ในระดับสูง การที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่าพยาบาลวิชาชีพได้ตระหนักถึงจรรยาบรรณพยาบาลเป็นอย่างสูงนั่นเอง ดังเช่นจรรยาบรรณของพยาบาลอเมริกัน ข้อหนึ่งที่กล่าวไว้ว่าพยาบาลต้องให้ความปลอดภัยกับผู้ป่วยในขณะที่ปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงอันตรายจากการให้การพยาบาลที่ขาดความสามารถ ปราศจากจรรยาบรรณและการปฏิบัติที่ผิดกฎหมายไม่ว่าการปฏิบัติเหล่านี้จะกระทำโดยบุคคลใดก็ตาม (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2522) จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลในเรื่องนี้อยู่ในระดับสูง ส่วนการทำหน้าที่เป็นผู้แทนผู้ป่วยตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.13 จัดอยู่ในระดับสูง แต่เป็นลำดับสุดท้ายของบทบาทด้านการเป็นผู้แทนผู้ป่วย การที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่าโดยแท้จริงแล้วพยาบาลวิชาชีพได้ทำหน้าที่เป็นผู้แทนผู้ป่วยตามความเหมาะสมกับสถานการณ์อยู่แล้วเช่น การถามแพทย์แทนผู้ป่วยถึงเรื่องการรักษา เช่น ผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัดเมื่อไร? หรือการชี้แจงเรื่องการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติผู้ป่วยแทนผู้ป่วยเอง แต่พยาบาลวิชาชีพอาจจะไม่ได้ตระหนักว่าการกระทำดังกล่าวคือการ

ที่พยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่เป็นผู้แทนผู้ป่วยตามความเหมาะสมกับสถานการณ์นั่นเอง จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลในเรื่องนี้มีค่าเฉลี่ยเป็นลำดับสุดท้ายของบทบาทด้านการเป็นผู้แทนผู้ป่วย แต่ก็ยังจัดอยู่ในระดับสูง

2. ผลการวิจัยพฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์

2.1 ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการสื่อสารทางบวกมากกว่าทางลบในทุก ๆ ด้าน และเป็นที่น่าสังเกตว่า พฤติกรรมการสื่อสารทางลบนั้นมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการสื่อสารทางบวกมากในทุก ๆ ด้าน (ตารางที่ 12) การที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพได้ตระหนักถึง คุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ ซึ่งได้รับการปลูกฝังมาตั้งแต่ยังเป็นนักศึกษาพยาบาลสูงนั่นเอง พยาบาลวิชาชีพจึงแสดงพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Tyson et al. (1995) ที่ศึกษาการมีปฏิสัมพันธ์กันของพยาบาลจิตเวชกับผู้ป่วยพบว่า ปฏิสัมพันธ์ของพยาบาลกับผู้ป่วยเกือบ 25% เป็นปฏิสัมพันธ์เชิงบวก และมีเพียง 0.3% เท่านั้นเป็นปฏิสัมพันธ์เชิงลบ

สำหรับพฤติกรรมการสื่อสารด้านเทศภาษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการสื่อสารในระยะ 0 - 18 นิ้ว มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าระยะ 18 นิ้ว - 4 ฟุต และระยะ 4 - 12 ฟุต การที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่า กิจกรรมในการพยาบาลต่าง ๆ เช่น การเช็ดตัว การประคบ การจูง การอุ้มเด็ก เป็นกิจกรรมที่พยาบาลจะต้องถูกเนื้อต้องตัวผู้ป่วย (บุญศรี ปรารบณศักดิ์, 2535) เป็นสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพ ซึ่งพยาบาลจะต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยในระยะใกล้ชิด (intimate zone) และระยะส่วนบุคคล (personal zone) (French, 1994) จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการสื่อสารในระยะ 0-18 นิ้ว มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าระยะ 18 นิ้ว - 4 ฟุต และระยะ 4 - 12 ฟุต

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนจะมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าพฤติกรรมการสื่อสารเชิงวัจนะในทุก ๆ ด้าน การที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่า มนุษย์เราได้รับสารที่เป็นสารที่ไม่ใช้ถ้อยคำมากกว่าสารที่เป็นถ้อยคำ โดยมีนักวิชาการประมาณการไว้สูงถึง 90-93% (Kron, 1972 ; Tubesing and Tubesing 1973 quoted in Norton, 1986) ซึ่ง สอนิต ยมาภัย (2521) ก็ได้กล่าวไว้ว่าโดยปกติแล้วมนุษย์เรารับรู้ความหมายซึ่งกันและกัน จากข่าวสารที่ปรากฏออกมาทางใบหน้า ทางร่างกายและวัตถุต่าง ๆ 55% ทางน้ำเสียง 38% ส่วนที่เหลืออีก 7% นั้นได้จากสารที่เป็นถ้อยคำ ซึ่งตรงกันกับ Sweeney (1977) และ Birdwhistle (1970) อ้างถึงใน Norton (1986) ที่ประมาณการไว้ว่า 55-70% ของการสื่อสารทั้งหมดเป็นการสื่อสารเชิงอวัจนะ

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมกรรมการสื่อสารเชิงวัจนะและเชิงอวัจนะทางบวกและทางลบ รวมทั้งพฤติกรรมกรรมการสื่อสารด้านเทศาภาษา และด้านกาลภาษา พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมกรรมการสื่อสารด้านร่างกาย มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าด้านจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่าในการปฏิบัติงานนั้นพยาบาลวิชาชีพมุ่งเน้นกิจกรรมการพยาบาลที่สนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วยมากกว่าความต้องการด้านจิตใจ ดังที่ พวงรัตน์ บุญญาบุรุษ (2522) ได้กล่าวไว้ว่าการดูแลในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นการดูแลด้านร่างกาย (physical or custodial care) เช่นการอาบน้ำ ให้อาหาร นำการรักษาที่กำหนดโดยแพทย์ไปปฏิบัติ เป็นต้น ซึ่งนับว่าเป็นข้อบกพร่องในการพยาบาล (deficiencies in nursing care) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Faulkner (1992) อ้างถึงใน Jarrett (1995) ที่พบว่าในการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยนั้น ประเด็นการสื่อสารด้านจิตใจได้กระทำกันในระดับที่ผิวเผินมาก และยังคงสอดคล้องกับผลการวิจัยของ พรทิพย์ พุ่มไทรย์ (2532) ที่ศึกษาการใช้เวลาของพยาบาลวิชาชีพในการให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ พบว่าเวลาที่พยาบาลวิชาชีพใช้ในการทำกิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกายมากกว่าด้านจิตสังคมในทุกระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุ และนอกจากนี้ วัลภา คุณทรงเกียรติ (2537) ได้กล่าวไว้ว่า ผู้ป่วยไม่ได้ต้องการเพียงแค่การดูแลทางกายเท่านั้น แต่ต้องการการดูแลทางจิตใจให้ มีกำลังใจ สามารถปรับตัวกับสภาพความเจ็บป่วย และมีชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมได้ดีด้วย

2.2 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมกรรมการสื่อสารเป็นรายแบบแผนพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมกรรมการสื่อสารเชิงวัจนะทางบวกและทางลบในแบบแผนโภชนาการและเมตาบอลิซึมมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (ตารางที่ 13) การที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่า แบบแผนโภชนาการและเมตาบอลิซึมเป็นแบบแผนที่จะสนองความต้องการทางด้านร่างกายของผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ต่อไปได้ ซึ่งตามแบบแผนสุขภาพของ Marjory Gordon นั้น แบบแผนนี้จะประกอบไปด้วยการให้การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับอาหารที่รับประทาน น้ำดื่ม, การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (IV fluid) น้ำหนักและส่วนสูง ความอยากอาหาร ปัญหาในการรับประทาน อาหาร การหายของแผล ปัญหาของผิวหนัง ปัญหาเรื่องฟัน การไหลเวียนโลหิต การแลกเปลี่ยนออกซิเจน และยา โดยที่ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์นั้นเป็นผู้ป่วยที่จะต้องได้รับการดูแลในแบบแผนนี้เป็นอย่างดี เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคทางออร์โธปิดิกส์ทำให้ร่างกายผู้ป่วยต้องการสารอาหารเพื่อเสริมสร้างและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอไป เพื่อให้หายกลับคืนสู่สภาวะปกติโดยเร็วที่สุด พยาบาลวิชาชีพได้ตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าว จึงทำให้มีพฤติกรรมกรรมการสื่อสารในแบบแผนนี้มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ส่วนพฤติกรรมกรรมการสื่อสารเชิงวัจนะทางบวกในแบบแผนการเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียดมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด การที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่าอาจเนื่องมาจากพยาบาลวิชาชีพ

ขาดทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยในแบบแผนนี้ หรืออาจจะไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการที่จะสื่อสารกับผู้ป่วยในแบบแผนนี้ หรืออาจมีความเข้าใจผิดคิดว่าในภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วย หากไปทำการสื่อสารกับผู้ป่วยในแบบแผนการเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียดอีกอาจจะเป็นการตอกย้ำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดเพิ่มมากขึ้นก็เป็นได้

ส่วนพฤติกรรมการสื่อสารเชิงวัจนะทางลบ พบว่าพยาบาลวิชาชีพไม่มีพฤติกรรมการสื่อสารเชิงวัจนะทางลบในแบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ แบบแผนการเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด และแบบแผนความเชื่อและค่านิยม การที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่าในแบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์นั้นพยาบาลวิชาชีพมีความยุ่งยากใจ รู้สึกไม่สะดวกใจหรือกระดากอายในการที่จะสื่อสารกับผู้ป่วย และพยาบาลส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ซึ่งขนบธรรมเนียมประเพณีไทยกำหนดไว้ว่า หญิงต้องสงบเสงี่ยม มีความเหนียมอายที่จะพูดเรื่องเพศสัมพันธ์กับเพศตรงข้าม (ประดับ ศรีภักดิ์, 2534) สำหรับแบบแผนการเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด อธิบายได้ดังข้างต้น ส่วนแบบแผนความเชื่อและค่านิยมนั้นพยาบาลวิชาชีพไม่มีพฤติกรรมการสื่อสารในแบบแผนนี้ อธิบายได้ว่าพยาบาลวิชาชีพหลายคนหรือไม่ตระหนักถึงความสำคัญของค่านิยมที่ผู้ป่วยยึดถือ การปฏิบัติกิจทางศาสนา ความสำคัญของศาสนาและผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของผู้ป่วย และไม่ว่าบุคคลจะอยู่ในศาสนาใดก็ตาม เมื่อเกิดความไม่สบาย เกิดทุกข์หรือความเจ็บป่วย ย่อมต้องการที่พึ่งทางใจทางศาสนา (พวงรัตน์ บุญญาณรงค์, 2522) และการที่เป็นเช่นนี้ก็สอดคล้องกับการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในบทบาทด้านการดูแล ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลในเรื่องการให้การดูแลและเอาใจใส่ผู้ป่วยด้านศาสนาและความเชื่อมีค่าเฉลี่ยจัดอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 4)

เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของพฤติกรรมการสื่อสารเชิงวัจนะทางบวกและทางลบในแบบแผนโภชนาการและเมตาบอลิซึม (ตารางที่ 49) พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์ในเรื่องยามากที่สุด การที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่าในการรักษาโรคกระดูกนั้นผู้ป่วยมักจะได้รับ การรักษาด้วยยาชนิดต่าง ๆ ร่วมด้วยเสมอและพยาบาลก็คือผู้ที่ทำหน้าที่ให้ยาชนิดต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์ รวมทั้งการอธิบายวิธีการใช้ยา สรรพคุณของยาฤทธิ์ข้างเคียงของยาแก่ผู้ป่วยด้วย จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการสื่อสารในเรื่องยากับผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ส่วนพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเรื่องน้ำหนักและส่วนสูง มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด การที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่า ลักษณะของผู้ป่วยออโรโรปิติกส์นั้น เมื่อเกิดพยาธิสภาพขึ้นโดยเฉพาะเมื่อขาหักต้องเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยก็ไม่สามารถที่จะยืนเพื่อชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงได้อยู่แล้ว ประกอบกับวิธีการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทางออโรโรปิติกส์ส่วนใหญ่จะใช้

การยึด ตรึง ดึงถ่วงน้ำหนัก เช่น การเข้า skin traction skeletal traction ทำให้ผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหว และไม่สามารถที่จะลุกไปไหนมาไหนได้ จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการสื่อสารในเรื่องนี้มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด

สำหรับพฤติกรรมการสื่อสารเชิงวัจนะทางบวก (ตารางที่ 14) พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมเรียงลำดับจากมากไปน้อยดังนี้คือ บอกผู้ป่วยก่อนให้การพยาบาลมากที่สุดร้อยละ 26.04 ตัวอย่างคำพูดเช่น “ป้าเจาะเลือดหน่อยนะคะ” รองลงมาคือ ถามอาการผู้ป่วยร้อยละ 23.02 ตัวอย่างคำพูดเช่น “คุณลงหายปวดหรือยังคะ” เรียกผู้ป่วยโดยใช้สรรพนามที่เหมาะสมร้อยละ 20.94 ตัวอย่างคำพูด เช่น “คุณลุง...คุณป้า...อามา...อากง...คุณ...” กล่าวขอโทษผู้ป่วยร้อยละ 15.11 ตัวอย่างคำพูดเช่น “ขอโทษนะคะลุง” และกล่าวชมเชยผู้ป่วยร้อยละ 14.89 ตัวอย่างคำพูด เช่น “เก่งมากคะ... ดีมากคะ... การที่พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการสื่อสารเชิงวัจนะทางบวกเช่นนี้แสดงว่าพยาบาลวิชาชีพให้ความเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและเคารพในสิทธิของผู้ป่วยนั่นเอง

สำหรับพฤติกรรมการสื่อสารเชิงวัจนะทางลบ (ตารางที่ 15) พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมเรียงลำดับจากมากไปน้อยดังนี้คือ เรียกผู้ป่วยโดยไม่มีสรรพนามนำหน้ามากที่สุดร้อยละ 37.85 ตัวอย่างคำพูดเช่น “สมจิต เดี่ยวฉัดยาหน่อยนะ” รองลงมาคือออกคำสั่ง บังคับ ชมชู้ ร้อยละ 18.64 ตัวอย่างคำพูดเช่น “...ทำแผลห้ามร้อง...” “อยู่นิ่ง ๆ นะ ไม่งั้นเจ็บสองที” (สถานการณ์เจาะเลือด) บ่น ร้อยละ 15.82 ตัวอย่างคำพูดเช่น “...ไม่รู้จักยกกันสอนแล้วสอนอีก” ดุ ร้อยละ 14.13 ตัวอย่างคำพูดเช่น “...นอนหายใจฉัดยา ไม่นอนหายใจแล้วจะฉัดได้ยังไง...” และใช้ศัพท์เทคนิคในการสื่อสารกับผู้ป่วย ร้อยละ 13.56 ตัวอย่างคำพูดเช่น “หมอมไม่ได้ให้วางขาบน Bohler Braun ” ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวนี้เป็นพฤติกรรมการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการเรียกชื่อคนที่ไม่สนิทโดยไม่มีคำนำหน้าชื่อนั้นเท่ากับเป็นการไม่ให้เกียรติ เป็นการแสดงความแตกต่างทางสังคม สร้างความรู้สึกว่าผู้ที่ถูกเรียกชื่อนั้นอยู่ในสถานภาพที่ต่ำกว่า (บุญศรี ปรารภณศักดิ์, 2535) และการใช้ศัพท์เทคนิคนั้นเป็นศัพท์ที่ใช้เฉพาะในวิชาชีพจึงไม่ควรที่พยาบาลวิชาชีพจะนำมาใช้ในการสื่อสารกับผู้ป่วย พฤติกรรมเหล่านี้สมควรที่จะได้รับการแก้ไขให้เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป

2.3 ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการสื่อสารเชิงวัจนะด้าน อากาภาษาทางบวกและทางลบในแบบแผนโภชนาการและเมตาบอลิสมมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (ตารางที่ 16) ส่วนพฤติกรรมการสื่อสารเชิงวัจนะทางบวกด้านอากาภาษาในแบบแผนการเผชิญ ความเครียดและความทนต่อความเครียดมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดและไม่พบว่ามีพฤติกรรมการสื่อสารเชิงวัจนะด้านอากาภาษาทางลบในแบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ แบบแผนการรับรู้

ตนเองและอัตมโนทัศน์ แบบแผนการเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด และแบบแผนความเชื่อและค่านิยม สำหรับพฤติกรรมกาสื่อสารในแบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ แบบแผนการเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด และแบบแผนความเชื่อและค่านิยม นั้นสามารถอธิบายได้ดังข้อ 2.2 ส่วนแบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์นั้นอธิบายได้ว่า เนื่องจากแบบแผนนี้ประกอบไปด้วยการบอกเล่าเกี่ยวกับตนเองของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงในชีวิตของผู้ป่วย ความรู้สึกที่เปลี่ยนไป สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยโกรธ การมีความหวัง และการสูญเสียความหวัง พยาบาลวิชาชีพอาจจะขาดทักษะที่จะเข้าไปทำการสื่อสารกับผู้ป่วยและอาจคิดว่าเป็นเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วย จึงไม่กล้าที่จะสื่อสารด้วยเพราะจะเป็นการละลาบละล้วงในความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย จนเกินไป และการที่จะสื่อสารกันในแบบแผนนี้ได้ นั้น จำเป็นต้องอาศัยระยะเวลาในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยด้วย จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพไม่มีพฤติกรรมกาสื่อสารในแบบแผนนี้

เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของพฤติกรรมกาสื่อสารเชิงอวัจนะด้านอาการภาษาทางบวกและทางลบในแบบแผนโภชนาการและเมตาบอลิสม (ตารางที่ 50) พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมกาสื่อสารกับผู้ป่วยเชิงอวัจนะด้านอาการภาษาทางบวกในเรื่องยามีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ส่วนเรื่องน้ำหนักและส่วนสูง และปัญหาในการรับประทานอาหารมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด สำหรับเรื่องยาและเรื่องน้ำหนักและส่วนสูงนั้นสามารถอธิบายได้ดังข้อ 2.2 ส่วนปัญหาในการรับประทานอาหารนั้น อธิบายได้ว่าผู้ป่วยออร์โธปีดิกส์ส่วนใหญ่แล้วจะเป็นผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดี สามารถรับประทานอาหารได้เอง ไม่จำเป็นต้องมีการป้อนอาหาร หรือให้อาหารทางสายยางมากนัก พฤติกรรมกาสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในเรื่องนี้จึงมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ส่วนพฤติกรรมกาสื่อสารกับผู้ป่วยเชิงอวัจนะด้านอาการภาษาทางลบ พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมกาสื่อสารในเรื่องการหายใจของแผลมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด การที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่าลักษณะของผู้ป่วยออร์โธปีดิกส์นั้นมักเป็นผู้ป่วยที่มีบาดแผลให้พยาบาลทำแทบทุกราย ลักษณะแผลของผู้ป่วยบางครั้งก็มีความรุนแรง ส่งกลิ่นเหม็น แผลใหญ่ มีความยุ่งยากในการทำ และขณะทำแผลผู้ป่วยจะเกิดความทุกข์ทรมานมาก บางครั้งก็ร้องดิ้นทุรนทุราย เป็นต้น จึงทำให้พยาบาลมีพฤติกรรมกาสื่อสารเชิงอวัจนะด้านอาการภาษาทางลบในเรื่องนี้มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด และไม่พบว่ามีพฤติกรรมกาสื่อสารเชิงอวัจนะด้านอาการภาษาทางลบในเรื่องน้ำหนักและส่วนสูง ความอยากอาหาร ปัญหาในการรับประทานอาหาร และปัญหาเรื่องฟัน ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังได้กล่าวแล้วข้างต้น

สำหรับพฤติกรรมกาสื่อสารเชิงอวัจนะด้านอาการภาษาทางบวก (ตารางที่ 17) พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมเรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้คือ ให้การพยาบาลด้วยความสุภาพ อ่อนโยนมากที่สุดร้อยละ 39.58 ไม่แสดงอาการรังเกียจผู้ป่วยร้อยละ 16.79 ยิ้ม หัวเราะ พักหน้า ร้อยละ 16.23 ปฏิบัติการพยาบาลอย่างคล่องแคล่วและระมัดระวังร้อยละ 13.83 และสาธิตการ

ปฏิบัติตนให้ผู้ป่วยดูร้อยละ 13.57 ซึ่งแสดงว่าพยาบาลวิชาชีพมีบุคลิกลักษณะที่เหมาะสมในการปฏิบัติกรพยาบาลต่อผู้ป่วยนั่นเอง

ส่วนพฤติกรรมกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านอาการภาษาทางลบ (ตารางที่ 18) พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมเรียงลำดับจากมากไปน้อยดังนี้คือ ยืนชี้นิ้ว กอดอก ทำวสะเอว มือไหลหลัง มากที่สุดร้อยละ 35.87 ปฏิบัติกรพยาบาลอย่างกระแทกกระทั้นร้อยละ 25.00 คุยกันเอง/ออกไปทำธุระอย่างอื่นขณะปฏิบัติกรพยาบาลร้อยละ 20.65 หยิบจับสิ่งของข้ามตัวผู้ป่วยร้อยละ 10.87 และแสดงอาการรังเกียจผู้ป่วยน้อยที่สุดร้อยละ 7.61 โดยที่พฤติกรรมเหล่านี้เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการปฏิบัติกรพยาบาล เป็นพฤติกรรมที่ควรจะได้รับกรแก้ไขต่อไป

2.4 ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านนัยนภาษาทางบวกในแบบแผนโภชนาการและเมตาบอลิสมมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (ตารางที่ 19) ส่วนพฤติกรรมกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านนัยนภาษาทางบวกในแบบแผนการเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียดมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด การที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่าแบบแผนโภชนาการและเมตาบอลิสมเป็นแบบแผนที่สนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ต่อไปได้ เมื่อพยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะในแบบแผนนี้สูง ก็ทำให้พฤติกรรมกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านนัยนภาษาสูงตามไปด้วย เพราะโดยทั่วไปกิริยาอาการของคนจะสอดคล้องกับคำพูด (เสนาะ ตีเยาว์, 2537) โดยเฉพาะสายตา สำหรับพฤติกรรมกรรมการสื่อสารในแบบแผนการเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียดนั้น สามารถอธิบายได้เช่นเดียวกันกับข้อ 2.2 ส่วนพฤติกรรมกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านนัยนภาษาทางลบในแบบแผนการขับถ่ายของเสีย นั้นมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อธิบายได้ว่าในบางครั้งพยาบาลวิชาชีพอาจจะแสดงพฤติกรรมด้านนัยนภาษาทางลบบ้างก็เนื่องจากการปฏิบัติกิจกรรมในแบบแผนนี้บางเรื่องเช่น การขับถ่ายอุจจาระก็เป็นสิ่งที่น่ารังเกียจ ยิ่งพยาบาลวิชาชีพต้องปฏิบัติกับผู้ที่มิใช่ญาติพี่น้องของตนด้วยแล้ว การแสดงออกพยาบาลจึงมีพฤติกรรมไปในเชิงลบบ้าง แต่ก็เกิดขึ้นน้อยมาก

เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของพฤติกรรมกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านนัยนภาษาทางบวกในแบบแผนโภชนาการและเมตาบอลิสม (ตารางที่ 50) พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยในเรื่องยามีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ส่วนเรื่องน้ำหนักและส่วนสูงและปัญหาในการรับประทานอาหารมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ซึ่งอธิบายได้ในทำนองเดียวกันกับข้อ 2.2 และ 2.3

สำหรับพฤติกรรมกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านนัยนภาษา (ตารางที่ 20) พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมกรรมการสื่อสารโดยการสบตากับผู้ป่วยมากที่สุดถึงร้อยละ 99.57 และไม่มีการสบตากับผู้ป่วยน้อยมากเพียงร้อยละ 0.43 เท่านั้น โดยที่การสบตากันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย จะทำให้รับรู้ความรู้สึกของกันและกันได้ การสบตากันจะแสดงถึงความสนใจ ความเอาใจใส่ ความตั้งใจจด

จ้อยอยู่กับคู่มือสื่อสาร การสบตาจะช่วยให้การสื่อสารดำเนินไปอย่างราบรื่น และในภาวะเจ็บป่วยคนเรารต้องการแวตตาที่เป็นมิตร เห็นอกเห็นใจ ปลอดภัย สนใจ และเข้าใจเขา (บุญศรี ปรารภณศักดิ์, 2535)

2.5 ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านสัมผัสภาษาทางบวกรในแบบแผนโภชนาการและเมตาบอลิซึม มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (ตารางที่ 21) และไม่พบว่ามีพฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านสัมผัสภาษาทางบวกรในแบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ และแบบแผนการเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด การที่เป็นเช่นนี้สามารถอธิบายได้เช่นเดียวกันกับข้อ 2.2 และเมื่อพยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะในแบบแผนโภชนาการและเมตาบอลิซึมสูง ก็จะทำให้พฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านสัมผัสภาษาสูงตามไปด้วย เพราะโดยทั่วไปกิริยาอาการของคนจะสอดคล้องกับคำพูด (เสนาะติเยาว์, 2537) ซึ่งการสัมผัสก็เป็นกิริยาอาการอย่างหนึ่งด้วย จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการสื่อสารในแบบแผนนี้มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ส่วนพฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านสัมผัสภาษาทางลบในแบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด การที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่าในบางครั้งพยาบาลวิชาชีพอาจจะแสดงพฤติกรรมด้านสัมผัสภาษาทางลบบ้างก็เนื่องจากว่า การปฏิบัติกิจกรรมในแบบแผนนี้ เช่น การกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายนั้น บางครั้งผู้ช่วยมักจะไม่ค่อยให้ความร่วมมือเท่าที่ควร เช่นการออกกำลังกายหลังผ่าตัดแขน ขา เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยอาจจะกลัวเจ็บ กลัวแผลแยก เป็นต้น เมื่อเป็นเช่นนี้บ่อยครั้งเข้า พยาบาลวิชาชีพจึงมีพฤติกรรมด้านสัมผัสภาษาไปในทางลบบ้าง แต่ก็เกิดขึ้นน้อยมาก

เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของพฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านสัมผัสภาษาทางบวกรและทางลบในแบบแผนโภชนาการและเมตาบอลิซึม (ตารางที่ 50) พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยในเรื่องยามีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด การที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่ากิจกรรมการพยาบาลในเรื่องการให้ยาแก่ผู้ป่วยนั้นเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพโดยตรงที่จะปฏิบัติต่อผู้ป่วยเช่นการจัดยาเข้าหลอดเลือดดำ การจัดยาเข้ากล้ามเนื้อ การให้ยารับประทาน ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวนี้พยาบาลจะต้องมีการสัมผัสกับผู้ป่วย เพื่อที่จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวได้ จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการสื่อสารในเรื่องนี้มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด และไม่พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านสัมผัสภาษาทางบวกรและทางลบในเรื่องปัญหาในการรับประทานอาหาร น้ำหนักและส่วนสูง ความอยากอาหาร ปัญหาเรื่องฟันและการไหลเวียนโลหิต การที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่า พฤติกรรมการสื่อสารในเรื่องดังกล่าวไม่จำเป็นต้องใช้การสัมผัส พยาบาลวิชาชีพก็สามารถรับรู้ได้โดยใช้เพียงวัจนภาษาก็พอแล้ว

เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของพฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านสัมผัสภาษาทางลบ ในแบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย (ตารางที่ 50) พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรม การสื่อสารกับผู้ป่วยในเรื่องความสามารถในการทำกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยสูงสุด การที่เป็นเช่นนี้อธิบาย ได้ว่า พยาบาลวิชาชีพต้องการที่จะประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟู สมรรถภาพภายหลังผ่าตัดและเพื่อความพร้อมในการส่งผู้ป่วยไปทำกายภาพบำบัด แต่พยาบาลวิชา ศีพอาจจะไม่ได้ได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยเท่าที่ควร จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการสื่อสาร ทางลบในเรื่องนี้มีค่าเฉลี่ยสูงสุด

สำหรับพฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านสัมผัสภาษา (ตารางที่ 22) พบว่า พยาบาล วิชาชีพมีพฤติกรรมการสื่อสารโดยการสัมผัสผู้ป่วยอย่างนุ่มนวลถึงร้อยละ 98.61 ส่วนการสัมผัส ผู้ป่วยอย่างไม่นุ่มนวลมีเพียงร้อยละ 1.39 เท่านั้น โดยที่การสัมผัสเป็นการสื่อสารถึงความรู้สึกและ เจตคติของผู้สัมผัส ซึ่งการสัมผัสอย่างนุ่มนวลจะสื่อสารให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น (warmth) ปลอดภัยได้ รับการยอมรับ และมีความสำคัญ (บุญศรี ปราบณศักดิ์, 2536) ซึ่ง สอนิต ยมาภัย (2521) ได้กล่าว ไว้ว่า บางสถานการณ์การสื่อสารโดยใช้สัมผัสภาษา มีความสำคัญเป็นอย่างมาก ชนิดที่ถ้อยคำ ไต ๆ หรืออวัจนะภาษาอื่นใดไม่อาจจะมาทดแทนได้ เช่น การสัมผัสที่แขนของคนเจ็บที่กำลังนอน อยู่ในโรงพยาบาลเพียงเบา ๆ จะสื่อสารความเห็นอกเห็นใจไปยังคนเจ็บ และก่อให้เกิดกำลังใจแก่ คนเจ็บได้อย่างดียิ่ง

2.6 ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้าน บริภาษทางบวกและทางลบในแบบแผนโภชนาการและเมตาบอลิซึมมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (ตารางที่ 23) ส่วนพฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านบริภาษทางบวกในแบบแผนการเผชิญความเครียด และความทนต่อความเครียดมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด การที่เป็นเช่นนี้สามารถอธิบายได้เช่นเดียวกันกับ ข้อ 2.2

เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของพฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านบริภาษทาง บวกและทางลบในแบบแผนโภชนาการและเมตาบอลิซึม (ตารางที่ 50) พบว่าพยาบาลวิชาชีพมี พฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยในเรื่องยามีค่าเฉลี่ยสูงสุด การที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่ากิจกรรมการ ให้อาแก่ผู้ป่วย เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพโดยตรง ที่จะต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วย ต้องมีการสื่อสารกับผู้ป่วยเพื่อปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวโดยใช้วัจนภาษา บริภาษเป็นภาษาที่แนบ เนืองมากับวัจนภาษา เช่น คำลงท้าย คะ ขา จ๊ะ จำ และการทอดหางเสียง เป็นต้น จึงทำให้ พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการสื่อสารในเรื่องนี้มีค่าเฉลี่ยสูงสุดตามไปด้วย

สำหรับพฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านปริภาษาทางบวก (ตารางที่ 24) พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมเรียงลำดับจากมากไปน้อยดังนี้คือ พูดด้วยน้ำเสียงที่ชัดเจนดังเป็นปกติมากที่สุดร้อยละ 39.97 รองลงมาคือ ใช้คำลงท้าย จ๊ะ จำ คะ ซา ร้อยละ 30.74 ส่วนการใช้ น้ำเสียงนุ่มนวลมีการทอดหางเสียงร้อยละ 29.29 ในทางการพยาบาลหากพยาบาลต้องการสื่อสารให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความปรารถนาดี ความสนใจเอาใจใส่ของพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วย พยาบาลก็ต้องใช้เสียงพูดที่มีน้ำเสียงนุ่มนวล ระดับเสียงและความเร็วของคำพูดที่พอเหมาะและสอดคล้องกับคำพูด (บุญศรี ปรานศักดิ์, 2536)

ส่วนพฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านปริภาษาทางลบ (ตารางที่ 25) พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการสื่อสารเรียงลำดับจากมากไปน้อยดังนี้คือ พูดเสียงดัง เน้นเสียง กระแทกเสียง เสียงแข็ง มากที่สุดร้อยละ 35.80 รองลงมาคือใช้คำลงท้ายว่า “ครับ” กับผู้ป่วย ผู้ใหญ่เพศชาย ร้อยละ 25.93 ตัวอย่างเช่น “...ลุงรั้วขี้คิดยานะครับ...” พูดประชดประชัน กระทบ กระเทียบเปรียบเปรย ร้อยละ 19.75 ตัวอย่างเช่น “...แล้วก็สูบบุหรี่เยอะ ๆ นะ” น้ำเสียงไม่นุ่มนวล พูดห้วนไม่มีหางเสียง ร้อยละ 9.88 และพูดเสียงเบาฟังได้ยินไม่ชัดเจนร้อยละ 8.64 โดยเฉพาะการใช้คำลงท้ายว่า “ครับ” กับผู้ป่วยผู้ใหญ่เพศชาย ซึ่งเป็นการใช้คำลงท้ายไม่ตรงกับเพศของพยาบาลวิชาชีพที่เป็นเพศหญิง แม้ว่าโดยแท้จริงแล้วพยาบาลวิชาชีพมีเจตนาที่จะแสดงความเป็นกันเองกับผู้ป่วยก็ตาม แต่สิ่งเหล่านี้เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และควรได้รับการแก้ไขให้ดีขึ้นต่อไป

2.7 ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้าน เทศภาษา ระยะ 0-18 นิ้ว มีค่าเฉลี่ยโดยรวมมากกว่า ระยะ 18 นิ้ว - 4 ฟุต และระยะ 4 - 12 ฟุต (ตารางที่ 26) ซึ่งอธิบายได้ว่าการปฏิบัติงานของพยาบาลนั้นกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ ที่กระทำต่อผู้ป่วยมักจะต้องกระทำในระยะ 0-18 นิ้ว ซึ่งเป็นระยะใกล้ชิด (intimate zone) เป็นส่วนใหญ่ จึงทำให้การสื่อสารในระยะนี้มีค่าเฉลี่ยโดยรวมมากกว่า ระยะ 18 นิ้ว - 4 ฟุต และระยะ 4-12 ฟุต และในระยะ 0-18 นิ้ว พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการสื่อสารในแบบแผนโภชนาการ และเมตาบอลิซึมมีค่าเฉลี่ยสูงสุด การที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่าการปฏิบัติกิจกรรมต่อผู้ป่วยในแบบแผนนี้จำเป็นต้องกระทำในระยะใกล้ชิด (intimate zone) เช่น การป้อนอาหาร และน้ำดื่ม การให้ สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (IV fluid) และการทำแผล เป็นต้น ส่วนพฤติกรรมการสื่อสารในแบบแผน การเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียดมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ก็สามารถอธิบายได้เช่นเดียวกันกับข้อ 2.2

เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของพฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้านเทศภาษา ระยะ 0-18 นิ้ว (ตารางที่ 50) พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยในเรื่องยามีค่าเฉลี่ย

สูงที่สุด การที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่า กิจกรรมการให้ยาแก่ผู้ป่วยนั้น ไม่ว่าจะป็นยาฉีดหรือยารับประทาน พยาบาลจะต้องกระทำในระยะใกล้ชิด เช่น การให้ยารับประทานต้องยื่นให้กับมือผู้ป่วย เป็นต้น

2.8 ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้าน กาลภาษา ในแบบแผนโภชนาการและเมตาบอลิสม มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (ตารางที่ 27) และมีพฤติกรรม การสื่อสารในแบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด การที่เป็นเช่นนี้ สามารถอธิบายได้เช่นเดียวกันกับข้อ 2.2 และเมื่อพยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะ ในแบบแผนโภชนาการและเมตาบอลิสมมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ก็ทำให้พฤติกรรมการสื่อสารด้าน กาลภาษาสูงตามไปด้วย พฤติกรรมการสื่อสารในแบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ก็อธิบายได้ ในทำนองเดียวกัน เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของพฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะด้าน กาลภาษา (ตารางที่ 50) พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการสื่อสารในเรื่องการหายใจของแผลมีค่าเฉลี่ยสูง ที่สุด การที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่าเรื่องการหายใจของแผลหรือการทำแผลนั้น พยาบาลวิชาชีพจะต้อง ใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเป็นเวลานานกว่าเรื่องอื่น ๆ นั่นเอง ส่วนเรื่องปัญหาใน การรับประทานอาหารนั้น พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการสื่อสารมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด สามารถ อธิบายได้เช่นเดียวกับข้อ 2.3 เมื่อพยาบาลวิชาชีพไปสื่อสารกับผู้ป่วยน้อย ระยะเวลาที่ใช้ในการสื่อ สารก็น้อยลงไปด้วย จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการสื่อสารในเรื่องนี้มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด

สำหรับพฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพกับการใช้เวลาในช่วงระยะเวลาที่สังเกตนาน 225 ชั่วโมง พบว่าพยาบาลวิชาชีพใช้เวลาในการเดินไปมาและปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและ ล้างมือมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 24.52 (ตารางที่ 28) การที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่า เนื่องจากลักษณะ ของผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์นั้น ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว โดยการถูกยึดตรึงด้วย traction ชนิดต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะเดินมาขอความช่วยเหลือจากพยาบาลได้ พยาบาล ต้องเป็นฝ่ายเดินไปมาเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบเป็นจำนวนมากแทนหรือหาก เป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว แต่อยู่ในภาวะวิกฤต เช่น มีการเปลี่ยนแปลงของ สัญญาณชีพ (Vital signs) หรือผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมง โดยเฉพาะเกี่ยวกับอวัยวะที่สำคัญ ๆ พยาบาลก็ต้องใช้เวลาในการเดินไปมาเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดอยู่ตลอดเวลาเช่นเดียว กัน สำหรับเรื่องการล้างมือนั้นเป็น medical asepsis ที่สำคัญอย่างหนึ่ง ซึ่งสามารถควบคุมการแพร่ กระจายเชื้อและป้องกันการติดเชื้อได้เป็นอย่างดี เพราะในการให้การพยาบาลผู้ป่วยนั้นมือของ พยาบาลจำเป็นต้องสัมผัสกับสิ่งต่าง ๆ หลายชนิด ทำให้มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2536) พยาบาลวิชาชีพได้ตระหนักถึงความสำคัญของการให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อตอบสนอง ความต้องการของผู้ป่วย และไม่ต้องการให้มีการแพร่กระจายเชื้อหรือมีการติดเชื้อเกิดขึ้น

จึงใช้เวลาในการเดินไปมาและปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและล้างมือมากที่สุด ส่วนการนิเทศงานพบว่าพยาบาลวิชาชีพใช้เวลาน้อยที่สุดเพียง ร้อยละ 0.42 เท่านั้น ซึ่งอธิบายได้ว่าพยาบาลวิชาชีพไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการนิเทศงานมากนัก จึงทำให้ละเลยหรืออาจคิดว่าการปฏิบัติงานเวรเช้า มีหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้คอยนิเทศงานโดยตรงอยู่แล้ว พยาบาลวิชาชีพจึงให้ความสำคัญและใช้เวลาในการนิเทศงานไม่มากนัก ทั้งที่การนิเทศงานเป็นหัวใจสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลทุกระดับควรถือปฏิบัติเพื่อให้งานบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ (สุลักษณ์ มีชูทรัพย์, 2530)

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์ จำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส ประสบการณ์ในการทำงาน การอบรมเฉพาะทางการพยาบาลออโรโรปิติกส์ และการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาล

3.1 พฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์ จำแนกตามอายุ พบว่า พฤติกรรมการสื่อสารเชิงวัจนะ และเชิงอวัจนะทางบวกและทางลบ พฤติกรรมการสื่อสารด้านเทศภาษา และด้านกาลภาษาของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์โดยรวม และรายด้านไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อ 1 ซึ่งระบุว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุต่างกันจะมีพฤติกรรมการสื่อสารต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Armstrong-Esther et al. (1989) ที่ทำการศึกษาทัศนคติและพฤติกรรมของพยาบาลต่อผู้ป่วยสูงอายุในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่าอายุของพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ แต่ขัดแย้งกับผลการวิจัยของ Tyson et al. (1995) ที่ทำการศึกษาคุณภาพปฏิสัมพันธ์ของพยาบาลจิตเวชกับผู้ป่วย พบว่า พยาบาลที่มีอายุใ้่น้อยใช้เวลาในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยมากกว่าพยาบาลที่มีอายุใ้่นมาก การที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่าอายุอาจจะไม่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์เพราะพยาบาลวิชาชีพเมื่อเริ่มปฏิบัติงานหลังจากจบการศึกษาแล้วก็เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ซึ่งถือว่าเป็นผู้ที่บรรลุนิติภาวะแล้ว เป็นผู้ใหญ่มีความสามารถที่จะปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดี ไม่ว่าจะพยาบาลวิชาชีพจะมีอายุอยู่ในช่วง 20 - 30 ปี หรือ 31 ปีขึ้นไปก็ตาม พยาบาลวิชาชีพก็จะมีพฤติกรรมการสื่อสารต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์ไม่แตกต่างกัน

3.2 พฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์ จำแนกตามสถานภาพสมรส พบว่า พฤติกรรมการสื่อสารเชิงวัจนะและ

เชิงอวัจนะทางบวกและทางลบ พฤติกรรมการสื่อสารด้านเทศภาษาและกาลภาษาของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์ โดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า พฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะและเชิงอวัจนะทางบวกและด้านกาลภาษาของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านจิตใจกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพยาบาลวิชาชีพที่เป็นโสดมีพฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะ และเชิงอวัจนะทางบวก และด้านกาลภาษาต่อการดูแลด้านจิตใจกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีสถานภาพสมรสคู่ แสดงว่าผลการวิจัยตอบสนองสมมติฐานการวิจัยข้อ 2 ซึ่งระบุว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีพฤติกรรมการสื่อสารต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์แตกต่างกันเพียงบางส่วน การที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่า คนที่เป็นโสดจะมีอิสระในการตัดสินใจที่จะทำตามสิ่งที่ตนเองปรารถนา (สุนีย์ มหาพรหม, 2536) เนื่องจากไม่มีภาระผูกพันกับครอบครัวจึงไม่ต้องพะวักพะวนกับปัญหาใด ๆ มีเวลาให้กับการทำงานอย่างเต็มที่ มีความผูกพันอยู่กับการทำงานมากกว่าคนที่มียุทธภาพสมรสคู่ จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพที่เป็นโสดมีพฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะ และเชิงอวัจนะทางบวกและด้านกาลภาษาต่อการดูแลด้านจิตใจกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์มีค่าเฉลี่ยสูงกว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีสถานภาพสมรสคู่

3.3 พฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์ จำแนกตามประสบการณ์การทำงาน พบว่า พฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะและเชิงอวัจนะทางบวกและทางลบของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์โดยรวมและรายด้านไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พฤติกรรมการสื่อสารด้านเทศภาษาของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์โดยรวม พบว่า พฤติกรรมการสื่อสารในระยะ 18 นิ้ว - 4 ฟุต มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าพฤติกรรมการสื่อสารในระยะ 18 นิ้ว - 4 ฟุต ของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมการสื่อสารด้านเทศภาษาโดยรวมและด้านร่างกายกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์ มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ 1-5 ปี แสดงว่าผลการวิจัยตอบสนองสมมติฐานข้อ 3 ซึ่งระบุว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานต่างกันจะมีพฤติกรรมการสื่อสารต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์แตกต่างกันเพียงบางส่วน ซึ่งขัดแย้งกับผลการวิจัยของ พิษขุดา วิรัชพินทุ (2534) ที่ศึกษาพฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลต่อผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลและการรับรู้ของผู้ป่วยที่หน่วยแพทย์เวร-ฉุกเฉิน แผนกตรวจรักษาผู้ป่วยนอก พบว่า

พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานที่แตกต่างกัน มีการรับรู้พฤติกรรมสื่อสารของพยาบาลต่อผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานมานานจะมีความคิดที่กว้างไกลและแก้ปัญหาได้ดีกว่าผู้ที่มีประสบการณ์น้อย ความคิดและการกระทำจะปรับเปลี่ยนไปตามระยะเวลาการทำงาน (ทัศนาศ นุญทอง, 2529 อ้างถึงใน สุณีย์ มหาพรหม, 2536) จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพผู้จักอดทนอดกลั้น ไม่แสดงพฤติกรรมสื่อสารที่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย และจากการที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานมานานย่อมเข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นอย่างดีเนื่องจากมีความเชี่ยวชาญในการทำงานและได้เห็นพฤติกรรมของผู้ป่วยมามาก เมื่อทำการสื่อสารกับผู้ป่วยก็ใช้ระยะที่เหมาะสมคือระยะ 18 นิ้ว - 4 ฟุต โดยไม่รุกร้าอาณาเขตของผู้ป่วยมากเกินไป หรืออยู่ห่างจากผู้ป่วยมากจนทำให้การสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่ง French (1994) ได้กล่าวไว้ว่า สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเป็นสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพ ระยะห่างในการปฏิบัติงานของพยาบาลกับผู้ป่วยคือระยะใกล้ชิดชิด (intimate zone) หรือระยะ 0-18 นิ้ว และระยะส่วนบุคคล (personal zone) หรือระยะ 18 นิ้ว - 4 ฟุต โดยเหตุนี้จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไปมีพฤติกรรมสื่อสารด้านเทศภาษาต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์ มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงาน 1-5 ปี

ส่วนพฤติกรรมสื่อสารด้านกาลภาษาของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านจิตใจกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมสื่อสารด้านกาลภาษาต่อการดูแลด้านจิตใจกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงาน 1-5 ปี การที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่า การมีประสบการณ์การทำงานมากทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความเข้าใจเห็นอกเห็นใจและรู้ถึงความต้องการของผู้ป่วยเป็นอย่างดีสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารในเรื่องการรักษาพยาบาลกับผู้ป่วยได้อย่างกว้างขวางและลึกซึ้งกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานน้อย จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมสื่อสารด้านกาลภาษาต่อการดูแลด้านจิตใจกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงาน 1-5 ปี

3.4 พฤติกรรมสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์ จำแนกตามการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลออโรโรปิติกส์ พบว่า พฤติกรรมสื่อสารเชิงวัจนะและเชิงอวัจนะทางบวกและทางลบ และพฤติกรรมสื่อสารด้านกาลภาษาของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์โดยรวมและรายด้าน

ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งขัดแย้งกับผลการวิจัยของ จารุวรรณ เกรมย์ผล (2530) ที่ทำการวิเคราะห์ห้ปฏิสัมพันธ์ของพยาบาลกับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยจิตเวช พบว่า พยาบาลที่เคยได้รับการศึกษาต่อเนื่องเฉพาะทางการพยาบาลจิตเวช จะมีพฤติกรรมเน้นที่จิตใจ แต่พยาบาลที่ไม่เคยได้รับการศึกษาต่อเนื่องเฉพาะทางการพยาบาลจิตเวชส่วนใหญ่จะเน้นที่ร่างกาย ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาทัศนคติและพฤติกรรมของพยาบาลต่อผู้ป่วยสูงอายุในหอผู้ป่วยวิกฤต ของ Armstrong-Esther et al. (1989) ที่พบว่า ผู้ที่มีพื้นฐานการพยาบาลต่ำจะให้ความสำคัญในเรื่องความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุมากกว่าผู้ที่มีพื้นฐานการพยาบาลสูง

ส่วนพฤติกรรมการสื่อสารด้านเทคนิคภาษาของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออริโธปีติกส์โดยรวมในระยะ 4-12 ฟุต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพยาบาลวิชาชีพที่เคยได้รับการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลออริโธปีติกส์มีพฤติกรรมการสื่อสารต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออริโธปีติกส์ในระยะ 4-12 ฟุต มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่ไม่เคยได้รับการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลออริโธปีติกส์ แสดงว่าผลการวิจัยตอบสนองสมมติฐานข้อ 4 ซึ่งระบุว่าพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลออริโธปีติกส์ และพยาบาลวิชาชีพที่ไม่เคยได้รับการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลออริโธปีติกส์จะมีพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยออริโธปีติกส์แตกต่างกันเพียงบางส่วน การที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลออริโธปีติกส์ ส่วนหนึ่งจะเป็นผู้ที่มีอาวุโสแล้ว มักจะได้รับการเตรียมเข้าสู่ตำแหน่งบริหาร โดยจะได้รับการมอบหมายให้ช่วยปฏิบัติงานด้านบริหารมากกว่าการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลกับผู้ป่วย จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพส่วนนี้ไม่ได้มีพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยในระยะ 0-18 นิ้ว หรือ ระยะ 18 นิ้ว - 4 ฟุต ซึ่งเป็นระยะที่ใกล้ชิดและระยะส่วนบุคคลมากเหมือนพยาบาลที่อาวุโสน้อย ทำให้พยาบาลวิชาชีพที่เคยได้รับการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลออริโธปีติกส์มีพฤติกรรมการสื่อสารต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออริโธปีติกส์ในระยะ 4-12 ฟุต มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่ไม่เคยได้รับการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลออริโธปีติกส์

3.5 พฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออริโธปีติกส์ จำแนกตามการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาล พบว่า พฤติกรรมการสื่อสารเชิงวัจนะและเชิงอวัจนะ พฤติกรรมการสื่อสารด้านเทคนิคภาษาและด้านกาลภาษาของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออริโธปีติกส์โดยรวมและรายด้านไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อ 5 ซึ่งระบุว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลต่างกัน จะมีพฤติกรรมการสื่อสารต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออริโธปีติกส์แตกต่างกัน การที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่าประชากรที่ใช้ใน

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลในระดับสูงถึงร้อยละ 60 และมีการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลในระดับสูงที่สุดร้อยละ 30 ที่เหลืออีกร้อยละ 10 เป็นผู้ที่มีการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลในระดับปานกลาง การเปรียบเทียบพฤติกรรมสื่อสารในการวิจัยครั้งนี้ ได้ทำการเปรียบเทียบเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่มีการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลสูงกับสูงที่สุด ซึ่งผู้ที่มีการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลในระดับสูง และระดับสูงที่สุดจัดอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกัน จึงทำให้มีพฤติกรรมสื่อสารไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. จากผลการวิจัยครั้งนี้ ทำให้ทราบว่าพยาบาลวิชาชีพรับรู้และให้การดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยด้านศาสนาและความเชื่ออยู่ในระดับปานกลาง ทั้งที่ความเป็นจริงเรื่องศาสนาและความเชื่อเป็นสิ่งสำคัญมากในยามเจ็บป่วย เพราะศาสนาจะเป็นที่พึ่งพิงทางจิตใจ ส่วนความเชื่อจะเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยยึดถือปฏิบัติ ซึ่งจะมีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและสุขภาพของผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพจึงควรสื่อสารเรื่องศาสนาและความเชื่อกับผู้ป่วยให้มากขึ้น
2. พยาบาลวิชาชีพยังมีพฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยในเรื่องการดูแลทางด้านร่างกายมากกว่าจิตใจ ซึ่งความเป็นจริงควรจะมีพฤติกรรมสื่อสารที่เป็นการให้การดูแลผู้ป่วยเป็นองค์รวม คือ การดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย ผู้บริหารควรที่จะกระตุ้นให้พยาบาลวิชาชีพตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลทางด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยด้วย
3. สำหรับพฤติกรรมสื่อสารในแบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ แบบแผนการเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด และแบบแผนความเชื่อและค่านิยมพยาบาลวิชาชีพยังมีพฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยในแบบแผนที่กล่าวมาน้อย พยาบาลวิชาชีพควรตระหนักถึงความสำคัญของแบบแผนดังกล่าวด้วย เพราะเป็นแบบแผนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย จึงไม่ควรที่จะละเลยและอาจารย์พยาบาลควรจะต้องปลูกฝังและจัดการเรียนการสอนให้นักศึกษาพยาบาลมีทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยในแบบแผนดังกล่าวด้วย
4. สำหรับพฤติกรรมสื่อสารของพยาบาลกับผู้ป่วย ได้แก่ การเรียกผู้ป่วยโดยไม่มีสรรพนามนำหน้า ออกคำสั่ง บังคับ ชมเชย บ่น ดุ ใช้ศัพท์เทคนิคในการสื่อสารกับผู้ป่วย ยืนชั้นวางกอดอก ท้าวสะเอว มือไหลหลัง ปฏิบัติการพยาบาลอย่างกระแทกกระทั้น คุยกันเอง/ออกไปทำธุระอย่างอื่นขณะปฏิบัติการพยาบาล หยิบจับสิ่งของข้ามตัวผู้ป่วย แสดงอาการรังเกียจผู้ป่วย พูดเสียงดัง เน้นเสียง กระแทกเสียง เสียงแข็ง ใช้คำลงท้ายว่า “ครับ” กับผู้ป่วยผู้ใหญ่เพศชาย พูดประชดประชัน กระแทกกระเทียบเปรี้ยวเปรย น้ำเสียงไม่นุ่มนวล พูดห้วนไม่มีหางเสียง และพูดเสียงเบา

ฟังได้ยินไม่ชัดเจน พฤติกรรมเหล่านี้เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการสื่อสารกับผู้ป่วย เป็นสิ่งที่พยาบาลวิชาชีพพึงตระหนักเป็นอย่างยิ่ง ควรได้รับการแก้ไขให้ดีขึ้น และระมัดระวังไม่ให้เกิดขึ้นด้วย

5. สำหรับการใช้เวลาของพยาบาลวิชาชีพพบว่า พยาบาลวิชาชีพใช้เวลาในการนิเทศงานน้อยที่สุด โดยที่การนิเทศงานเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญเป็นอันมากหากขาดกิจกรรมนี้ก็จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการพยาบาลด้วย นอกจากนี้งานบางอย่างที่ไม่ใช่งานการพยาบาลโดยตรง เช่น การคิดค่ารักษาพยาบาลนั้น ผู้บริหารการพยาบาลควรจะได้จัดให้มีผู้รับผิดชอบแทนพยาบาลวิชาชีพ เพื่อที่พยาบาลวิชาชีพจะได้มีเวลาในการสื่อสารกับผู้ป่วยมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมการสื่อสารของบุคลากรทางด้านบริการสุขภาพให้ครบทุกระดับ และครอบคลุมทุกหอผู้ป่วย
2. ควรทำการศึกษาพฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลกับผู้ป่วยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งขึ้น
3. ควรทำการศึกษาพฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลกับผู้ป่วยในมุมมองของผู้ป่วยด้วย เพื่อเปรียบเทียบกับมุมมองของพยาบาล
4. ควรทำการวิเคราะห์เนื้อหาในการสื่อสารของพยาบาลกับผู้ป่วย เพื่อให้ทราบถึงคุณภาพของการสื่อสาร