



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยเพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติตนและความพึงพอใจของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ในกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุจุดมุ่งหมายของคิง กับกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยได้ศึกษารวบรวม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย และนำเสนอเป็นหัวข้อตามลำดับดังนี้ ทฤษฎีการพยาบาลของคิง และทฤษฎีการบรรลุจุดมุ่งหมาย การปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุจุดมุ่งหมายของคิง การพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว

ทฤษฎีการพยาบาลของคิงและทฤษฎีการบรรลุจุดมุ่งหมาย

มโนทัศน์พื้นฐานในทฤษฎีของคิงสะท้อนถึงระบบเปิดเข้าสู่กระบวนการปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ซึ่งเกิดขึ้นโดยผ่านการใช้คำพูดและการใช้ท่าทางต่าง ๆ (Torres, 1986) เน้นที่ระบบของการปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ในระดับของบุคคล ของกลุ่มและของสังคม (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2528) และมีความเกี่ยวข้องกับมโนทัศน์ของคน สิ่งแวดล้อม สุขภาพ และการพยาบาลดังนี้

บุคคล (Person)

มนุษย์ คือ จุดรวมสำหรับการพยาบาลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล คือ พฤติกรรมของมนุษย์ ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและทฤษฎีทางสังคม (Kings, 1981) คิงได้รวบรวมระบบปฏิสัมพันธ์ที่ไม่หยุดนิ่ง 3 ระบบ คือ ระบบบุคคล ระบบระหว่างบุคคล และระบบสังคม ซึ่งแต่ละระบบได้ถูกอธิบายผ่านการจัดมโนทัศน์ที่มีความสัมพันธ์กัน คิงยืนยันว่า ความรู้ของมโนทัศน์เหล่านี้จำเป็นสำหรับความเข้าใจอย่างลึกซึ้งซึ่งของพยาบาลซึ่งอยู่ในระบบลักษณะของแต่ละบุคคลซึ่งอยู่ในสังคม เป็นผู้ซึ่งมีเหตุผล และความนึกคิด มโนทัศน์ของคิงกล่าวถึงแต่ละบุคคล ซึ่งเลือกกระบวนการปัจจัยนำเข้าจากสิ่งแวดล้อมผ่านความรู้สึกของตนเอง และมโนทัศน์ที่สัมพันธ์กับระบบบุคคล ได้กล่าวถึง

การรับรู้ (perception) อัตตา (self) การเจริญเติบโตและพัฒนาการ (growth and development) ภาพลักษณ์ (Body Image) เวลา (Time) และระยะห่าง (Space) (Fawcett, 1984)

สิ่งแวดล้อม (Environment)

สิ่งแวดล้อมภายในร่างกายและจิตใจของมนุษย์ จะส่งพลังงานเป็นความสามารถ เพื่อปรับให้สอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมภายนอกอย่างต่อเนื่อง (King, 1981) บุคคล มีการปรับตัวอย่างต่อเนื่องภายใต้ภาวะเครียด (Stress status) ในสิ่งแวดล้อมภายในและสิ่งแวดล้อมภายนอกที่ปรากฏ

สุขภาพ (Health)

สุขภาพ คือ ประสบการณ์อย่างต่อเนื่องของชีวิตมนุษย์ ซึ่งมีการปรับอย่างต่อเนื่อง เกี่ยวข้องกับความเครียดในสิ่งแวดล้อมภายในและสิ่งแวดล้อมภายนอก มีการใช้ทรัพยากรของแต่ละคนให้ได้ผลดีที่สุด สู่การบรรลุศักยภาพสูงสุดในชีวิตประจำวัน ความเจ็บป่วยคือ การเบี่ยงเบนจากปกติ นั่นคือ ความไม่สมดุลย์ในโครงสร้างทางชีววิทยาของคน สภาพจิตใจหรือความขัดแย้งในสัมพันธภาพทางสังคมของบุคคล โรค (Disease) คือความเจ็บป่วย ชนิดหนึ่งที่มีการใช้เป็นตัวบ่งชี้ในรายงาน สถิติด้านสุขภาพ (King, 1981)

การพยาบาล (Nursing)

การพยาบาล คือ ความเข้าใจ ความคิด ความสัมพันธ์ การตัดสินใจ พฤติกรรม ที่บุคคลกระทำต่อกัน ในสถานการณ์การพยาบาล ที่พยาบาลและผู้รับบริการสร้างสัมพันธภาพคืนสู่สภาวะสุขภาพที่ดี และการเปลี่ยนแปลงกิจกรรม ในชีวิตประจำวันให้ดีขึ้นไม่มีความขัดแย้ง

คิงกล่าวถึงมโนทัศน์ของการพยาบาลว่า เป็นกระบวนการของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้มารับบริการ ซึ่งทั้งสองฝ่ายจะต้องมีการติดต่อสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน เพื่อให้ทราบถึงจุดมุ่งหมายและปัญหาที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้มารับบริการ ทั้งพยาบาลและผู้มารับบริการจำเป็นต้องหาวิธีการและแนวทางปฏิบัติ เพื่อให้มีจุดมุ่งหมายซึ่งเป็นที่ยอมรับของทั้งสอง

ฝ่ายในการแก้ปัญหาแต่ละปัญหาของผู้มารับบริการ (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2528) และคิงได้เสนอรูปแบบมโนทัศน์ทางการพยาบาล โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นว่า จุดมุ่งหมายของการพยาบาลก็คือ การให้การดูแล (Care) บุคคลซึ่งเป็นระบบเปิดจะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นระบบของปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์ จึงไม่คงที่แต่จะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ (Dynamic) มโนทัศน์ทางการพยาบาลของคิงแบ่งเป็น 3 ระบบย่อย คือ

1. ระบบบุคคล (Personal Systems)

หมายถึง บุคคลทุกคนจะมีระบบเป็นของตนเอง ซึ่งแบ่งเป็น 6 มโนทัศน์ คือ การรับรู้ อัตตา การเจริญเติบโตและพัฒนาการ ภาพลักษณ์ เวลาและระยะห่าง

1.1 มโนทัศน์การรับรู้ (Perception)

การรับรู้เป็นการแสดงออกของแต่ละบุคคลในความเป็นจริง เป็นการรับรู้โดยทั่วไปเกี่ยวกับตน มีการกระทำเกี่ยวข้องกับองค์การ การสรุปและเปลี่ยนแปลงข่าวสาร (Torres, 1968) คิง (King, 1981) ให้ความหมายของการรับรู้ว่า (1) เป็นกระบวนการของการจัดระบบการสรุปและการส่งข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเป็นข้อมูลจากความรู้สึกและความจำ (2) เป็นกระบวนการของการแลกเปลี่ยนระหว่างมนุษย์และสิ่งแวดล้อม ที่นำไปสู่การได้รับประสบการณ์ แสดงถึงภาพพจน์แห่งความเป็นจริงของบุคคล และเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล บอโรช (Boroch, 1976) กล่าวว่า การรับรู้ของบุคคลต่อตนเองและสิ่งอื่น ๆ ซึ่งมีทั้งการรับรู้ที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง ซึ่งเป็นพื้นฐานพฤติกรรมของบุคคล เป็นโครงสร้างทางจิตใจที่เกี่ยวข้องกับระบบความจำในสิ่งที่ตนเองได้รับความถูกต้องของการรับรู้เกี่ยวข้องกับระดับการรู้สติ (Conscious) ของบุคคลที่ตระหนักถึงตนเองและสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นผลจาก บุคลิกภาพ ประสบการณ์ แบบแผนการรับรู้ การจัดการที่มุ่งสู่เงื่อนไขความพึงพอใจ ลำดับความสามารถในการวิเคราะห์ ความสำเร็จหรือความล้มเหลวของประสบการณ์ในอดีต เข้าสู่การรับรู้และแบบแผนของพฤติกรรมใหม่ที่บุคคลยอมรับ

การรับรู้ข้อมูลข่าวสารต้องประกอบด้วย อิทธิพล จากสิ่งแวดล้อมของข้อมูลข่าวสารในพฤติกรรมที่เปิดเผยและการรับรู้ของบุคคลจะแตกต่างกัน แม้จะรับรู้ในเรื่องเดียวกัน (Chinn, 1983) การรับรู้ของบุคคลสัมพันธ์กับประสบการณ์ มโนทัศน์เกี่ยวกับอัตตา (Self)

ระดับเศรษฐกิจและสังคม พันธุกรรม การศึกษาและการรับรู้เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบต่าง ๆ คือ (1) การรับพลังงานจากสิ่งแวดล้อมเพื่อมาจัดการกับข้อมูลข่าวสาร (2) การส่งผ่านพลังงาน (3) กระบวนการของการส่งข้อมูลข่าวสาร (4) การเก็บข้อมูล และ (5) การส่งข้อมูลข่าวสารจากพฤติกรรมที่แสดงออก (King, 1981 ; Feldman, 1985)

คิง (King, 1981) กล่าวถึงคุณลักษณะของการรับรู้ ไว้ว่า

1.1.1 การรับรู้เป็นสิ่งที่ทั่ว ๆ ไป (Universal) บุคคลทุกคนยอมรับบุคคลและสิ่งอื่น ๆ ในสิ่งแวดล้อม ประสบการณ์ของบุคคลจะมีส่วนแปลความหมายของข้อมูลและเก็บไว้ในความทรงจำซึ่งประสบการณ์ของแต่ละบุคคลจะมีรูปแบบที่แตกต่างกัน แม้ว่าการรับรู้ในสิ่งเดียวกันของแต่ละบุคคลอาจแตกต่างกันก็ตามแต่มนุษย์ก็มีเครื่องมือที่ใช้ในการรับรู้เหมือนกัน

1.1.2 การรับรู้เป็นสิ่งที่บุคคลเลือกกระทำเฉพาะสำหรับตนเอง (subjective Personal and Selective for each) เมื่อบุคคลได้รับการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมแม้จะเป็นการรับรู้ในเหตุการณ์เดียวกัน แต่ละบุคคลอาจรับรู้ในเหตุการณ์นั้นเหมือนกันหรือแตกต่างกัน ซึ่งเป็นผลมาจาก ประสบการณ์ในอดีต ความสัมพันธ์ของสมองและระบบประสาทสิ่งที่มีมารบกวนพัฒนาการของบุคคลและภูมิหลังของบุคคล ซึ่งจะปรากฏแฝงในบุคลิกภาพของบุคคลขณะที่สื่อสารกับผู้อื่น

1.1.3 การรับรู้เป็นสิ่งที่แสดงออกในภาวะปัจจุบัน (Action-oriented in the present) ข้อมูลข่าวสารมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา การรับรู้ได้รับอิทธิพลจากความสนใจ (Interests) ความต้องการ (Needs) และจุดมุ่งหมาย (Goal) มนุษย์อยู่ในสภาวะที่ต่อเนื่องของการมีส่วนร่วมในการจัดสภาพการณ์ การรับรู้ การตระหนักถึงเหตุการณ์ที่ผ่านมามีค่านิยม และความต้องการที่เป็นองค์ประกอบของการรับรู้ของบุคคล บทบาทและสถานภาพในครอบครัว หน้าที่ในการทำงานและการรับรู้ของบุคคลจะมีอิทธิพลต่อการปรับจิตใจของบุคคล การรับรู้และการเรียนรู้เป็นมโนทัศน์ที่สัมพันธ์กัน เพราะการรับรู้จะนำไปสู่การเรียนรู้ด้านพุทธิ (Cognitive)

1.1.4 การรับรู้เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีจุดมุ่งหมาย (Transaction) แต่ละบุคคล เข้าสู่สถานการณ์ในฐานะที่มีส่วนร่วมในกิจกรรม ลักษณะที่ปรากฏในปฏิสัมพันธ์ (Transaction) จะมีผลต่อความพึงพอใจของบุคคล

การรับรู้เป็นมโนทัศน์ที่สำคัญสำหรับพยาบาล ในการรวบรวมและสรุปความหมายของข้อมูล เพื่อวางแผนการพยาบาลอันจะนำไปสู่การบรรลุจุดมุ่งหมายของการคงไว้ซึ่งสุขภาพของผู้รับบริการ การรับรู้จะถูกครอบคลุมในขณะที่สภาพของอารมณ์ไม่ปกติ เช่น ความโกรธ ความกลัว ความรัก อารมณ์จะเป็นส่วนปิดกั้นการรับรู้ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย การรับรู้ที่ถูกต้องของบุคคลจะนำไปสู่การตั้งจุดมุ่งหมายร่วมกัน และการคิดค้นวิธีการที่จะนำไปสู่การบรรลุจุดมุ่งหมาย พยาบาลจะประเมินความสมบูรณ์ของระบบประสาทรับรู้สัมผัสของผู้ป่วย (Sensory System) สิ่งที่เกี่ยวข้องกับความรู้อายุ ระดับพัฒนาการของผู้ป่วย เพศ การศึกษา และประวัติการได้รับยา จะเป็นข้อมูลที่กระตุ้นให้พยาบาลเข้าใจองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล พยาบาลจะถามผู้ป่วยและให้อธิบายถึงเหตุผลที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อต้องการข้อมูลของผู้ป่วยรู้ว่าอะไรเกิดขึ้นกับเขา พยาบาลจะต้องประเมินความเครียด ความวิตกกังวล ความต้องการและความพร้อม สำหรับการเรียนรู้ของผู้ป่วย ในสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง (King, 1981) องค์ประกอบของการรับรู้ด้านการส่งข้อมูลข่าวสารในพฤติกรรมที่เปิดเผย (Openess) สังเกตได้ว่า พฤติกรรมที่เปิดเผยนั้นคือ องค์ประกอบของการรับรู้ ซึ่งไม่มีความชัดเจนเพียงพอ (Chinn, 1983) เพราะในความเป็นจริงนั้นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมานั้น อาจจะไม่ตรงกับความเป็นจริง เช่น ผู้ป่วยเพศชาย ที่ปวดแผลมักจะไม่พูดถึงอาการเจ็บปวดของตนเอง นอกจากจะเกิดความเจ็บปวดมากจนทนไม่ได้ แต่ในขณะเดียวกันในผู้ป่วยเพศหญิงแม้จะมีความเจ็บปวดเพียงเล็กน้อย ก็อาจบอกให้ผู้อื่นทราบได้ตลอดเวลา ฉะนั้น พฤติกรรมที่เปิดเผยควรคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล

การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค เป็นความเชื่อที่ผู้ป่วยประเมินความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกายของตน ความพิการ ความยากลำบากในการรักษา ระยะเวลาในการรักษา โรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหรือผลกระทบที่มีต่อบทบาททางสังคม (นิตยา เญ็ญศิริรักษา, 2530) เมื่อบุคคลมีประสบการณ์ของการสูญเสีย จะมีผลต่อการกระตุ้นการรับรู้ ภาวะพร่องความรู้สึก และภาวะ

ความรู้สึกที่ได้รับการมากเกินไป (Sensory deprivation and sensory overload) จะมีผลรบกวนการรับรู้และแบบแผนพฤติกรรมของผู้ป่วย องค์ประกอบต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อมของระบบการดูแลสุขภาพจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้ที่ชัดเจน เพื่อจะได้ร่วมกันวางแผน นำไปสู่การบรรลุจุดมุ่งหมาย (King, 1981)

1.2 มโนทัศน์เกี่ยวกับอัตตา (Self)

ความรู้เกี่ยวกับอัตตาเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำความเข้าใจพฤติกรรมของมนุษย์ เพราะอัตตาเป็นสิ่งที่อธิบายตนเองให้ตนเองและผู้อื่นได้รู้ว่าตนเองคือใคร คิดอะไร มีความสามารถที่จะทำอะไร ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งที่คิดและสิ่งที่กระทำ (King, 1981) โดยทั่ว ๆ ไปบุคคลที่มีสุขภาพดีจะมีความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง พัฒนาและสร้างสรรค์แนวชีวิตในอนาคตของตนเองในทางที่ดี แต่ในทางตรงกันข้าม เมื่อใดที่มนุษย์เกิดมีสุขภาพที่ไม่สมบูรณ์หรือเจ็บป่วย ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองจะเปลี่ยนไป (สมพันธ์ วิทยุธีระนันท์, 2529)

โรเจอร์ (Rogers, 1961) อ้างในคิง (King, 1981) ได้ให้ความหมายของอัตตาว่าเป็นปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อมซึ่งมีอิทธิพลจากผลของปฏิสัมพันธ์ย้อนกลับจากผู้อื่น ซึ่งให้รูปแบบที่ชัดเจนในสัมพันธภาพและคิงได้กล่าวถึง คุณลักษณะของอัตตาไว้ดังนี้

1.2.1 อัตตาเป็นภาวะบุคคลที่ไม่หยุดนิ่ง (Dynamic individual)

ค่านิยมและความเชื่อของบุคคล ช่วยให้บุคคลรักษาความสมดุลของชีวิต เมื่อมีความคิดที่ไม่มีเหตุผลเริ่มเกิดขึ้น บุคคลพยายามที่จะหลีกเลี่ยงหรือทำให้ความคิดนั้นชัดเจนมากขึ้น ประสบการณ์ใหม่ ๆ จะมีแนวโน้มที่จะมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงตนเอง

1.2.2 อัตตาเป็นระบบเปิด (an open system) การปกป้องตนเอง

เป็นธรรมชาติของบุคคลอย่างไรก็ตาม อัตตาจะถูกปกป้องด้วยขอบเขตที่มองไม่เห็นอัตตาได้รับการยอมรับว่ามีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและสิ่งต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อมเมื่อมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งอื่นมากระทบกับความรู้สึกของตน ทิศนคติของตนมีผลต่อทัศนคติที่ดีต่อผู้อื่น อัตตาเป็นส่วนของการสังเคราะห์ประสบการณ์ของบุคคล ประสบการณ์ของบุคคลเป็นไปในทางบวก อัตตาจะได้รับการส่งเสริม แต่

ในทางตรงกันข้าม ถ้าประสบการณ์ของคุณกลายเป็นไปในทางลบ อัจฉาจำเป็นต้องความช่วยเหลือและทอเรส (Torres, 1986) กล่าวว่่า อัจฉาเป็นความต่อเนื่องของคุณในระบบเปิดซึ่งมีจุดมุ่งหมายสะท้อนถึงผลรวมของความคิด ทศนคติและค่านิยมของแต่ละคน

1.2.3 อัจฉา เป็นภาวะบุคคลที่มีจุดมุ่งหมาย (Goal-oriented) อัจฉาเป็นระบบที่ซับซ้อนและบุคคลมีอัจฉาที่แตกต่างกัน อัจฉาคือตัวของคุณที่ทำให้คุณเป็นตนเองและสิ่งที่คุณจะเป็น ความแตกต่างของอัจฉาเกิดจากการสืบทอดทางพันธุกรรมประสบการณ์และการรับรู้ ในกระบวนการเจริญเติบโตและการพัฒนาของคุณจะได้รับค่านิยมความต้องการและจุดมุ่งหมาย ที่ทำให้คุณมีบุคลิกภาพที่แตกต่างกัน การตระหนักถึงระบบค่านิยมของคุณที่มีอิทธิพลต่อผู้อื่น และปฏิกิริยาที่มีต่อตนเองจุดมุ่งหมายที่นำไปสู่กิจกรรมที่ทำให้ตนเองมีความสมบูรณ์

การประยุกต์อัจฉาในการพยาบาล ทั้งผู้ป่วยและพยาบาลมีมโนทัศน์เกี่ยวกับตนเองแตกต่างกัน การเรียนรู้ถึงอ้อมมโนทัศน์ของคุณคนอื่นจะช่วยให้คุณไวต่อความรู้สึกนึกคิดของอีกฝ่ายหนึ่ง และทำให้มีสัมพันธภาพที่เป็นไปในทางบวกต่อกัน (กอบกุล นันท์เจริญวรกุล, 2528) การเข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพ สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลจะคุกคามอัจฉาของผู้ป่วยให้บริการจะเป็นผู้ควบคุมและใช้อำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับอัจฉา นโยบายบางอย่างในระบบการดูแลสุขภาพไม่มีความสอดคล้องกับประสบการณ์ของผู้รับบริการ เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเคยได้รับยาจากคำสั่งแพทย์ไปรับประทานที่บ้านเป็นเวลานาน แต่เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่ได้รับอนุญาตให้มียาไว้ที่ตนเอง เมื่อมีสิ่งรบกวนอัจฉาเกิดขึ้น เช่น ในภาวะวิกฤติ ร่างกายถูกรบกวน หรือ การเปลี่ยนแปลงขอบเขต (space) อย่างรวดเร็ว บุคคลจะค้นหาความช่วยเหลือจากผู้ให้บริการทางสุขภาพ ถ้าสิ่งที่มารบกวน (disturbance) สัมพันธ์กับสุขภาพ ความสามารถ บทบาทในสังคม บุคคลจะเข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพ การรับรู้ของพยาบาลและผู้รับบริการจะมีอิทธิพลต่อการให้การพยาบาลพยาบาลจะต้องช่วยให้ผู้รับบริการตระหนักถึงอัจฉา ภาวะสุขภาพ เข้าใจถึงพฤติกรรมของมนุษย์โดยเฉพาะอย่างยิ่งประสบการณ์ของความเครียดในชีวิต (King, 1981)

1.3 มโนทัศน์เกี่ยวกับการเจริญเติบโตและการพัฒนา (growth and development)

การเจริญเติบโต วัดได้จากอัตราการเปลี่ยนแปลงความต่อเนื่องของภาวะสุขภาพในด้านร่างกาย อารมณ์และสติปัญญา แต่ละบุคคลไม่สามารถตัดสินถึงศักยภาพ (Potential) และสมรรถนะ (capacity) ของการเจริญเติบโตมุ่งสู่ความพึงพอใจในความต้องการในระดับที่สูงกว่า ที่ไม่สามารถพึงพอใจได้ในความต้องการระดับพื้นฐาน แบบแผนของพฤติกรรมสะท้อนถึงการเพิ่มการเปิดโอกาส การคิดค้นประเด็นที่ลึกซึ้ง และลดความต้องการที่เป็นลักษณะของการปกป้องตนเอง (Boroch, 1976)

การเจริญเติบโตและพัฒนารวมถึงการเปลี่ยนแปลงระดับเซลล์ โมเลกุลและพฤติกรรมในชีวิตของมนุษย์ ถึงแม้ว่าการเปลี่ยนแปลงนี้จะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและความปกติของ อะนาบอลิซึม (Anabolism) และแคทาบอลิซึม (Catabolism) ภายใต้การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ การเจริญเติบโตและพัฒนารูปแบบของการพัฒนาที่บ่งบอกถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคล ลักษณะของการเจริญเติบโตและพัฒนาของบุคคลได้รับอิทธิพลทั้งทางบวกและทางลบ จากบุคคลและสิ่งต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อม (King, 1981)

การเจริญเติบโตและพัฒนารูปแบบเป็นคุณลักษณะของยีน (genetic) วิธีการและประสบการณ์ที่พึงพอใจ สิ่งแวดล้อมที่จะช่วยให้บุคคลสู่สภาวะ องค์ประกอบนี้มีอิทธิพลต่ออัตมโนทัศน์ การเจริญเติบโตและพัฒนารูปแบบอธิบายถึงกระบวนการที่เกิดขึ้นในชีวิตของบุคคลที่จะช่วยให้เขาใช้ความสามารถและศักยภาพในการบรรลุสู่ความเป็นตนเองอย่างแท้จริง ข้อมูลข่าวสารเป็นสิ่งสำคัญสำหรับพยาบาลในการประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติที่สอดคล้องกับกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living) พฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคลมีผลจากภูมิหลังด้านการเจริญเติบโตและพัฒนารูปแบบของผู้ป่วย พยาบาลจะต้องนำความรู้ไปวางแผนสำหรับสอนสุขศึกษา การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่บ้านและชุมชน (King, 1981) และกล่าวว่า อายุ คือการวัดเวลาที่แตกต่างกันไปตามระยะของการเจริญเติบโตและพัฒนารูปแบบเป็นตัวแปรสำคัญในสถานการณ์การพยาบาล เมื่อมีบางสิ่งมารบกวนรูปแบบของการเจริญเติบโตและพัฒนารูปแบบ พยาบาลจะต้องใช้ความรู้เกี่ยวกับการเจริญเติบโต และพัฒนารูปแบบช่วยให้บุคคลผ่านระยะความเครียดในชีวิตการที่พยาบาลสามารถเข้าใจถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยจะทำให้สามารถพยากรณ์ สถานการณ์และเวลาที่เกิดความเสี่ยงสูงสำหรับการเกิดอุบัติเหตุหรือโรคของบุคคล ความรู้เกี่ยวกับอัตรา การเจริญ

เติบโตและพัฒนาการ ช่วยให้พยาบาลเข้าใจบุคคลผู้ซึ่งมีปัญหาเกี่ยวกับภาพลักษณ์ ซึ่งสัมพันธ์กับ มโนทัศน์ของอัตตา

1.4 มโนทัศน์เกี่ยวกับภาพลักษณ์ (Body image)

ภาพลักษณ์ หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อร่างกายของเขา ปฏิกริยาของ บุคคลอื่นต่อลักษณะของร่างกายที่ปรากฏ และผลของปฏิกริยาของผู้อื่นที่มีต่อตนเอง (King, 1981) จากการรับรู้ในอดีตและปัจจุบัน (Sundeen, 1985)

คิง (King, 1981) ได้กล่าวถึงคุณลักษณะของภาพลักษณ์ ไว้ดังนี้

1.4.1 ภาพลักษณ์เป็นมโนทัศน์เกี่ยวกับบุคลิกภาพและการกระทำโดยตรง (personal and subjective concept) เป็นสิ่งที่ได้รับและเรียนรู้จากขบวนการการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ร่างกายและบุคคลเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เพราะแต่ละบุคคลมีการสืบทอดทางพันธุกรรม มีประสบการณ์และผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมต่างกัน

1.4.2 ภาพลักษณ์มีลักษณะเป็นพลวัต (Dynamic) ซึ่งความต่อเนื่องนี้พบได้ในพัฒนาการของภาพลักษณ์ผ่านช่วงเวลาของชีวิต เช่น การเปลี่ยนแปลงในประสบการณ์และการรับรู้ การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์และการที่บุคคลอธิบายอัตตาผ่านจากกลุ่มอายุหนึ่ง ไปสู่กลุ่มอายุอื่น ภาพลักษณ์เป็นการรับรู้ตนเอง ผู้อื่นและสถานการณ์ ดังนั้น บุคคลมีมโนทัศน์เกี่ยวกับภาพลักษณ์ ถึงแม้ว่าจะอยู่ในภาวะรูสดีหรือไม่ก็ตาม เป็นสิ่งที่บุคคลอธิบายอัตตา ที่สัมพันธ์กับลักษณะของร่างกายที่ปรากฏและปฏิกริยาของผู้อื่นที่มีต่อตนเอง ข้ออธิบายนี้จะเกิดขึ้นในทุกวัฒนธรรม กลุ่มอายุเพศ และชนชั้น เศรษฐกิจและสังคม

ในชีวิตของมนุษย์ต้องพบกับสิ่งที่มารบกวนต่อการรับรู้และภาพลักษณ์ซึ่งเป็นการคุกคามในภาพของความเป็นจริงและจินตนาการ การบาดเจ็บและการสูญเสียอวัยวะบางส่วนของร่างกายเมื่อสิ่งเหล่านี้เกิดขึ้น บุคคลไม่สามารถช่วยเหลือตนเองและค้นหาความช่วยเหลือจากผู้อื่น บริการทางสุขภาพ สิ่งที่มากรบกวนนี้จะมีผลสอดคล้องกับภาวะวิกฤตในชีวิต เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยอัมพาต ผู้ป่วยที่ถูกตัดแขนขาหรือถูกตัดเต้านม (King, 1981) ในบทบาทของ

พยาบาล พยาบาลจำเป็นต้องเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของผู้ป่วยเพื่อร่วมกันวางแผนสร้างจุดมุ่งหมายที่เป็นไปได้สำหรับผู้ป่วย ภายหลังจากการสูญเสียอวัยวะบางส่วนไม่ว่าจะเป็นอวัยวะภายในหรือภายนอกก็ตามพยาบาลเองต้องตระหนักถึงความรู้สึกทัศนคติส่วนตัวที่มีต่อผู้ป่วย ที่เกิดการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์เหล่านี้ว่าเป็นไปในทางบวกหรือทางลบต่อผู้ป่วย (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2528) และตระหนักถึงการรับรู้ของผู้ป่วยต่อร่างกายที่เปลี่ยนแปลง อิทธิพลที่มีต่อวิถีการดำเนินชีวิตสมาชิกในครอบครัวต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลในการที่จะช่วยปรับพวกเขาสู่การเปลี่ยนแปลงนี้ เพราะผู้ป่วยจะเฝ้าดูการตอบสนองของสมาชิกในครอบครัวว่ามีการยอมรับ ปฏิเสธให้ความสงสารหรือโกรธ เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งการสำนึกในคุณค่าของตนเองและการมีปฏิสัมพันธ์ที่จะให้โอกาสเขาเลือกและพยายามควบคุมสิ่งที่เกิดขึ้นกับเขา

โรเบิร์ต (Robert, 1976) อังใน คิง (King, 1981) กล่าวถึงระยะต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยประสบเมื่อภาพลักษณ์ถูกรบกวน ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินการเปลี่ยนแปลงในภาวะวิกฤต ซึ่งมี 4 ระยะ ดังนี้ (1) ระยะถูกกระทบ (Impact phase) ผู้ป่วยจะแสดงความโกรธละอายหรือผิดหวัง จะใช้กลไกการป้องกันตนเอง เช่น การปฏิเสธหรือถดถอยสะท้อนให้เห็นอารมณ์ที่ไม่อยู่ในภาวะปัจจุบัน สิ่งที่ดีที่สุดในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยในระยะนี้คือ การให้การประคับประคอง (Support) และอธิบายว่าอะไรเกิดขึ้นกับเขา ในสิ่งแวดล้อมใหม่และการรักษาที่จำเป็น ความกลัวของเขาจะมีมากกว่าความต้องการอยากจะรู้ (2) ระยะถดถอย (Retreat phase) เริ่มเมื่อผู้ป่วยทราบว่าจะอะไรเกิดขึ้นกับตน ไม่ว่าผู้ป่วยจะรับรู้ว่าจะอะไรเกิดขึ้นอย่างถูกต้องหรือไม่ พยาบาลจะต้องช่วยให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างเพียงพอและให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม ในการวางแผนการดูแล (3) ระยะการยอมรับ (Acknowledgement) ผู้ป่วยจะเริ่มพูดถึงสิ่งที่เกิดขึ้นและถามสิ่งที่เขาสามารถทำได้เมื่อเขาออกจากโรงพยาบาล พยาบาลจะต้องร่วมกันกับผู้ป่วยในการตั้งจุดมุ่งหมาย ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของเหตุผลและความเป็นไปได้และคิดค้นวิธีการต่าง ๆ ที่จะบรรลุจุดมุ่งหมาย (4) ระยะเรียนรู้ใหม่ (Reconstruction) เป็นระยะที่วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เป็นระยะที่สร้างสรรค์และสภาพที่นำไปสู่ความหวังในอนาคต แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่สามารถกระทำการช่วยเหลือตนเองได้ทุกอย่างเพราะขีดจำกัดของตนเองแต่เขาจะรู้สึกว่าเขาเองมีค่า ตระหนักถึงความเป็นไปได้ของศักยภาพในตนเองเรียนรู้ วางแผนและพยายามกระทำสิ่งใหม่ ๆ การฝึกหัดการฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) จะช่วยให้ผู้ป่วยหาทางเลือก

ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเป็นไปได้และความล้มเหลว

1.5 มโนทัศน์เกี่ยวกับระยะห่าง (Space)

ระยะห่าง หมายถึง ขอบเขตของร่างกาย ซึ่งเป็นพฤติกรรมการครอบครองขอบเขตของบุคคลในทุกทิศทาง ทุกสถานที่ เช่น ขอบเขตการให้สัญญาณมือ (gesture) การกางแขน (posture) ขอบเขตของสายตา (visual boundaries) ซึ่งสร้างจุดขอบเขตของบุคคล (King, 1981) บุคคลมักจะมีระยะทางหรือขอบเขตที่ไม่ต้องการให้ผู้อื่นก้าวล้ำเข้ามาชิดเกินไป พยาบาลที่เข้าใจถึงมโนทัศน์เกี่ยวกับระยะห่างของผู้ป่วยเมื่อเขาต้องเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลจะสามารถตระหนักถึงปัญหาต่าง ๆ ที่มารบกวนจิตใจของผู้ป่วยอันเนื่องมาจากความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ของบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งมักจะไม่ได้คำนึงถึงความต้องการที่เป็นส่วนตัวของผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งการปฏิบัติการพยาบาลและการรักษาหลายอย่าง หรือบางครั้งผู้ป่วยอาจต้องการความใกล้ชิดเป็นพิเศษ จากพยาบาล (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2528)

คิง (King, 1981) กล่าวถึงคุณลักษณะของระยะห่างดังนี้

1.5.1 ระยะห่างเป็นสิ่งที่ทั่ว ๆ ไป (universal) บุคคลทุกคนมีมโนทัศน์ของระยะห่างเป็นสิ่งที่ไม่มีขอบเขต มีอยู่ทุกแห่ง และไม่มี ความชัดเจน

1.5.2 ระยะห่างเป็นส่วนของบุคคล (personal) หมายถึง การได้รับการยอมรับจากผู้อื่นซึ่งใช้การรับรู้ของระยะห่างเป็นพื้นฐานจากวัฒนธรรม และการสื่อสารในพฤติกรรม การเรียนรู้ บทบาทของการสื่อสาร ตำแหน่ง และปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ระยะห่างจะเป็นจุดขอบเขตของบุคคลที่ให้ความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย การเปลี่ยนแปลงระยะห่างในสิ่งแวดล้อมของบุคคลและความต้องการระยะห่างของแต่ละคนแตกต่างกัน ระยะห่างเป็นเอกลักษณ์ของบุคคล และได้รับอิทธิพลจากความต้องการ ประสบการณ์ในอดีตและวัฒนธรรม

1.5.3 ระยะห่างเป็นสถานการณ์ (situation) ระยะของระยะห่างมีความแตกต่างกันตามสถานการณ์ ขอบเขตของตนภายในที่ทำงานจะน้อยกว่าภายในบ้าน และระยะของระยะห่างจะเปลี่ยนไปตามความจำเป็นของการใช้ขอบเขตของตน ความกลัว ความวิตกกังวล ความ

สนุกและความตั้งใจ ของบุคคลจะมีอิทธิพลต่อความต้องการระยะห่างการเปลี่ยนแปลงระยะของ ระยะห่างขึ้นกับลักษณะสัมพันธ์ภาพในแต่ละสถานการณ์ เช่น ในโรงพยาบาล ความต้องการขอบเขต ของบุคคลถูกจำกัด บางสถานการณ์มีแนวโน้มที่จะทำให้บุคคลมารวมกัน แต่บางสถานการณ์มีแนวโน้ม ที่จะทำให้บุคคลแยกจากกัน

1.5.4 ระยะห่าง เป็นมิติ (Dimensional) ระยะห่างเป็นขอบเขตที่มีความ ยาวระยะเวลา ความกว้าง เป็นระบบที่มีการประสานของสามมิติซึ่งเกี่ยวข้องกับร่างกาย และสถานที่เกิดเหตุการณ์และได้อ้างถึง ฮอลล์ (Hall, 1963) ซึ่งอธิบายถึงระยะระยะห่างใน วัฒนธรรมมี 4 ลักษณะคือ (1) ระยะใกล้ชิด (intimate distance) 8-12 นิ้ว (2) ระยะ บุคคล (personal distance) 1 1/2 - 4 ฟุต (3) ระยะสังคม (Social distance) 4-12 ฟุต และ (4) ระยะสาธารณะ (public distance) 12-15 ฟุต

1.5.5 ระยะห่าง เป็นการแลกเปลี่ยนหรือปฏิสัมพันธ์ที่มีจุดมุ่งหมาย (Transaction) การใช้ระยะห่างของบุคคลเป็นพื้นฐานของการรับรู้ลักษณะของระยะห่างถูกใช้ ในการสื่อสาร จะมีวิธีการที่แตกต่างในวัฒนธรรมที่ต่างกัน ระยะห่างเป็นการแลกเปลี่ยนระหว่าง มนุษย์กับสิ่งแวดล้อม การที่บุคคลยอมรับว่าระยะห่างมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม จะต้องมิลักษณะของ ระยะห่างที่แน่นอน

มโนทัศน์ของระยะห่างทำให้พยาบาลเข้าใจอึดอัดที่สัมพันธ์กับระยะห่างของบุคคล การประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยต่อระยะห่างของบุคคล เช่น เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะถูกจำกัดอยู่ในห้องผู้ป่วยหรือเตียงผู้ป่วย บุคคลแสดงถึงความต้องการที่จะแสดงขอบเขตของบุคคล ขอบเขตของบุคคลอาจถูกทำลายโดยบุคคลที่ให้การดูแล บางคนเข้ามาในขอบเขตของผู้ป่วยโดยไม่ได้ขออนุญาตและให้การพยาบาล โดยไม่ให้การอธิบาย พยาบาลจะต้องตระหนักถึงระยะที่ใกล้ชิด ที่เกี่ยวข้องกับการให้การพยาบาลผู้ป่วยและพยายามให้ผู้ป่วยจัดการกับระยะห่างของตนเพื่อป้องกัน ความวิตกกังวลและความเครียดขณะที่อยู่โรงพยาบาล และใช้ระยะห่างเป็นสื่อบอกความต้องการ ของผู้ป่วยและการสื่อสารที่ได้รับจากพยาบาล (King, 1981) การใช้เทคโนโลยีที่สูงขึ้นในการ รักษาพยาบาลทำให้ผู้ป่วยถูกแยกจากสิ่งแวดล้อมมากขึ้น (Murphy, 1984) พยาบาลต้อง

ตระหนักถึงระยะขอบเขตที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยต้องจัดหาขอบเขตในสิ่งแวดล้อมที่ถือว่า พยาบาลสนใจดูแลผู้ป่วย ต้องการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เมื่อเข้ามาสู่ขอบเขตของผู้ป่วย พยาบาลจะต้องอธิบายถึงจุดมุ่งหมายที่กระทำสิ่งเหล่านั้น

1.6 มโนทัศน์เกี่ยวกับเวลา (Time)

เวลา เป็นช่วงระหว่างสองเหตุการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงจากภาวะหนึ่งไปสู่ภาวะหนึ่ง จากอดีตถึงปัจจุบันไปสู่อนาคต (King, 1981) และกล่าวถึงคุณลักษณะของเวลาดังนี้

1.6.1 เวลาเป็นสิ่งที่ทั่ว ๆ ไป (Universal) ในกระบวนการของชีวิต คือ จังหวะที่ไหลไปตามเหตุการณ์ เหมือนโลกหมุนรอบตัวเอง การเปลี่ยนแปลงของฤดูกาล

1.6.2 เวลาเป็นความสัมพันธ์ (Relational) เวลาเป็นส่วนของบุคคล ซึ่งขึ้นกับตนเองและการรับรู้ของบุคคล การเคลื่อนไหวของเวลาและประสบการณ์มีความสัมพันธ์กันในเวลาที่เต็มไปด้วยข้อมูลข่าวสารในช่วงเวลาสั้น ๆ เมื่อช่วงเวลาไม่เต็มคูลเหมือนจะเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน ประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับเวลาสัมพันธ์กับเนื้อหาของเหตุการณ์ บุคคลยอมรับเวลาในฐานะที่เป็นเหตุการณ์หนึ่งไปยังเหตุการณ์หนึ่งซึ่งเป็นของช่วงเวลาต่อเนื่อง ถ้าชีวิตถูกแยกจากเหตุการณ์จะไม่มีสิ่งที่ต่อเนื่องกับเวลา ความยาวนานของช่วงเวลาตัดสินใจโดยวิธีการยอมรับในความสำเร็จของเหตุการณ์ในสิ่งแวดล้อม

1.6.3 เวลาเป็นสิ่งที่ไม่มีทิศทาง (Undirectional) การเจริญเติบโต พัฒนาการและความแตกต่างของลักษณะการมีชีวิตหรือร่างกาย เชื่อว่าเป็นคุณลักษณะของเวลา จากลำดับของกระบวนการของชีวิต เพราะชีวิตแสดงถึงความต่อเนื่องจากผลสำเร็จของการเปลี่ยนแปลงจะทำให้มีการดำเนินต่อไปสู่อนาคต แบบแผนของชีวิตเป็นผลสะท้อนจากข้อมูลในอดีตที่เก็บไว้ในความทรงจำ

1.6.4 เวลา เป็นสิ่งที่วัดได้ (Measurable) การวัดเวลาของมนุษย์ จากนาฬิกาและปฏิทิน มนุษย์จะรับรู้เวลาแตกต่างกัน ซึ่งได้รับอิทธิพลจาก อายุ การศึกษา ตำแหน่ง บทบาททางสังคม ค่านิยม และทัศนคติ

1.6.5 เวลาเป็นสิ่งที่กระทำโดยตรง (Subjective) เวลาขึ้นกับการรับรู้ของบุคคลที่พบกับความสำเร็จในเหตุการณ์ของชีวิต ความสำเร็จนี้ทำให้มนุษย์มีความคงที่ในสิ่งแวดล้อม บุคคลมักจะระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตมาสัมพันธ์กับเหตุการณ์ปัจจุบันและพยากรณ์เหตุการณ์ในอนาคต

ในด้านบทบาทของพยาบาล พยาบาลมีแนวโน้มที่จะผูกพันเรื่องของเวลาเหมือนเครื่องจักรเนื่องจากมุ่งจะให้งานเสร็จไปเป็นอย่างไร ตามเวลาที่กำหนดพยาบาลควรจะได้คำนึงถึงเรื่องภาวะความรู้สึกที่มากเกินไป หรือภาวะพร่องความรู้สึกของผู้ป่วยพยาบาลเป็นผู้จัดสิ่งแวดล้อมให้แก่ผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงการรับรู้เรื่องเวลาของผู้ป่วยให้เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2528) ความรู้เกี่ยวกับการรับรู้เวลาของผู้ป่วย ช่วยให้พยาบาลตอบสนองสอดคล้องกับสถานการณ์ เช่น ผู้ป่วยร้องขอยาแก้ปวด พยาบาลนำมาให้ภายใน 10 นาที แต่ผู้ป่วยกลับบอกว่ารอถึงครึ่งชั่วโมง การรอคอยดูเหมือนจะเป็นช่วงเวลาที่ยาวนาน การสลับของเวลาจะรับกวนขอบเขตของความเป็นจริงของผู้ป่วย จึงควรป้องกันการรบกวนจังหวะจรของเวลา เช่น วงจรการหลับและตื่น ความสมดุลของน้ำและเกลือแร่ การซึบถ่ายของเสีย อุณหภูมิและระบบประสาท เป็นต้น วิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยโดยวางแผนการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยเพื่อประเมินเกี่ยวกับการประมาณเวลาและเวลาที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

2. ระบบระหว่างบุคคล (Interpersonal system)

2.1 มโนทัศน์เกี่ยวกับการปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์ (Human Interaction)

ปฏิสัมพันธ์เป็นพฤติกรรมที่ใช้คำพูด (verbal) และสัญญาณลักษณะ (nonverbal) ระหว่างบุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไป (Torres, 1986) แสดงถึงวิธีการที่บุคคลหนึ่งคิดและรู้สึกเกี่ยวกับผู้อื่น วิธีแต่ละคนยอมรับผู้อื่นและสิ่งที่ผู้อื่นกระทำต่อตนเองสิ่งที่เขาคาดหวังและปฏิกิริยาที่มีต่อการกระทำของบุคคลอื่น ความร่วมมือกันของบุคคลสองคนเพื่อการบรรลุจุดมุ่งหมาย องค์ประกอบที่พัฒนาความร่วมมือจะทำให้มีแนวโน้มในการบรรลุจุดมุ่งหมาย องค์ประกอบที่มีผลกระทบต่อความร่วมมือทำให้การบรรลุจุดมุ่งหมายมีแนวโน้มลดลง

คุณลักษณะของปฏิสัมพันธ์ (Interaction)

ปฏิสัมพันธ์ เป็นคุณลักษณะของค่านิยม ซึ่งมีอิทธิพลต่อปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมาย และการบรรลุจุดมุ่งหมายและคิง (King, 1981) กล่าวถึงคุณลักษณะของปฏิสัมพันธ์ดังนี้

2.1.1 ปฏิสัมพันธ์เป็นสิ่งที่ทั่ว ๆ ไป (Universal) การรับรู้ของบุคคล ตัดสินพฤติกรรมในสถานการณ์ที่บุคคล 2 คนมาพบกัน แต่ละคนนำประสบการณ์ในอดีตความต้องการ ในปัจจุบัน ความคาดหวังและจุดมุ่งหมายที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ในปฏิสัมพันธ์

2.1.2 ปฏิสัมพันธ์เป็นการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน (Reciprocal) เมื่อบุคคลที่ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นจะมีกิจกรรมเกิดขึ้น แต่ละบุคคลมีปฏิกิริยาต่อผู้อื่นมีการแลกเปลี่ยนที่ พัฒนาเป็นวงจรต่อเนื่องในปฏิสัมพันธ์ หรือการถดถอยในสถานการณ์แต่ละบุคคลมีบางสิ่งๆ ให้แก่ผู้อื่น ซึ่งมีความต้องการหรือจำเป็น ซึ่งเป็นประโยชน์จากการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของบุคคลทั้งสองใน สถานการณ์ ซึ่งการพึ่งพาระหว่างกันจะเป็นตัวนำไปสู่การบรรลุจุดมุ่งหมาย

ปฏิสัมพันธ์ในการพยาบาลเป็นความเกี่ยวข้องกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยใน สถานการณ์การพยาบาลที่มีจุดมุ่งหมาย จุดมุ่งหมายพื้นฐานจะช่วยให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหาหรือสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ความรู้พื้นฐานของปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์เป็นสิ่งที่จำเป็นในการประเมินผลการให้ การพยาบาล พยาบาลจะปฏิบัติหน้าที่ในขอบเขตระหว่างบุคคล และต้องเข้าใจในการรับรู้เกี่ยวกับ ปฏิสัมพันธ์ของบุคคล การสื่อสาร และปฏิสัมพันธ์ที่มีจุดมุ่งหมาย ในฐานะของค่านิยมในสถานการณ์ การพยาบาลความรู้เรื่องปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์จะช่วยให้พยาบาล รวบรวมข้อมูลจากการสังเกตและ การวัด พบกับสถานการณ์ที่เปิดรับข้อมูลใหม่ ๆ การสังเกตเป็นทักษะที่สำคัญของพยาบาลในการ รวบรวมข้อมูลและการค้นหาสัมพันธภาพในเหตุการณ์ การรวบรวมข้อมูลที่ถูกต้องพยาบาลจะประเมิน ความพร้อมของผู้ป่วยในการตั้งจุดมุ่งหมาย และปฏิบัติในสิ่งที่เห็นพร้อมกันที่จะบรรลุจุดมุ่งหมาย พยาบาลและผู้ป่วยพบกันในโรงพยาบาลในฐานะคนแปลกหน้า พยาบาลจะต้องใช้ความรู้และทักษะ ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้เรียนรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งที่เกิดขึ้นที่มีอิทธิพลต่อชีวิต ปฏิสัมพันธ์ที่มีจุดมุ่ง หมายในสถานการณ์พยาบาล จะทำให้การดูแลมีประสิทธิภาพและสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง (King, 1981) และปฏิสัมพันธ์ของพยาบาลและผู้ป่วยมีตัวแปรในสถานการณ์การพยาบาล ที่เกี่ยว ข้องคือ (1) สภาพการณ์ของสถานที่ (2) การรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วย (3) การสื่อสารระหว่าง พยาบาลและผู้ป่วย (4) ความคาดหวังของพยาบาลและผู้ป่วย (5) จุดมุ่งหมายร่วมกันของพยาบาล และผู้ป่วย (6) พยาบาลและผู้ป่วยในฐานะระบบของบทบาทการพึ่งพาระหว่างกันในสถานการณ์การ พยาบาล

2.2 การติดต่อสื่อสาร (Communication)

การสื่อสารเป็นหัวใจของปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของมนุษย์ ซึ่งแสดงถึงวิธีการที่แต่ละบุคคลส่งผ่านข่าวสารโดยความตั้งใจหรือไม่ตั้งใจสู่ผู้อื่น เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับบุคคลที่มีความสามารถในการสื่อความรู้สึกและความคิดเพื่อที่จะบรรลุกิจกรรมของสังคม (Feldman, 1985) และเป็นขบวนการสื่อความคิดหรือความรู้สึกอย่างมีสติ (conscious) สู่บุคคลอื่น ขบวนการนี้เกี่ยวข้องกับ ผู้ส่ง (sender) ข่าวสาร (message) ช่องทางการส่งข่าวสาร (mode of transmission) และผู้รับ (receiver) ความคิดจะถูกเปลี่ยนแปลงจากขบวนการด้านจิตใจของผู้ส่งข่าวสาร ซึ่งจะถูกเปลี่ยนแปลงหรือถูกเพิกเฉยจากสนามการรับรู้ของผู้รับข่าวสาร หรือการสรุปข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์และด้านค่านิยม การยอมรับในอดีตที่แตกต่างจากผู้ส่งข่าวสาร (Boroch, 1976) ซึ่งการสื่อสารสามารถกระทำโดยการใช้คำพูดและสัญญาณลักษณะ (verbal and nonverbal communication) กระบวนการส่งข้อมูลข่าวสารที่ถูกส่งจากบุคคลหนึ่งไปสู่ผู้อื่นโดยตรง โดยการพบแบบเผชิญหน้า หรือโดยทางอ้อม เช่น โทรศัพท์ โทรทัศน์ หรือ ตัวหนังสือที่เขียน

ในระบบเปิด ปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์กับสิ่งแวดล้อมจะมีต่อเนื่องและการสื่อสารจะไม่หยุดนิ่ง ซึ่งการสื่อสารแบ่งเป็น 2 ระบบ คือ (1) การสื่อสารภายในบุคคล (Interpersonal Communication) ข้อมูลเกี่ยวกับการพันธุกรรมถูกสื่อโดย DNA ข้อมูลทางเมตาบอลิซึม (metabolic) เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางเคมีในสารจากเซลล์สู่เซลล์ เซลล์จะเป็นตัวผลิต การควบคุมฮอร์โมนเป็นลำดับพัฒนาการของมนุษย์ ซึ่งคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอก ระบบประสาทของมนุษย์มีอิทธิพลต่อการสื่อสารภายในบุคคล ข้อมูลที่ได้รับจะผ่านประสาทความรู้สึกขบวนการและปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นผ่านระบบประสาทมอร์เตอร์ การได้ยิน การถูกรบกวนความคิด ความเจ็บปวดและข้อติด จะมีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ด้านสังคมของมนุษย์ (2) การสื่อสารระหว่างบุคคล (interpersonal communication) มีลักษณะที่ซับซ้อนและเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์ ยังมีจำนวนคนมากขึ้น ในปฏิสัมพันธ์ยังเพิ่มความซับซ้อนและจำนวนตัวแปรในสถานการณ์ (King, 1981)

คุณลักษณะของการสื่อสาร

2.2.1 การสื่อสารโดยใช้คำพูดหรือภาษา (verbal communication) ภาษาเป็นสัญลักษณ์ที่ใช้ในการสื่อสาร สัญลักษณ์ของคำมีความหมายแตกต่างกัน การใช้ศัพท์ทางการแพทย์จะรบกวนความรู้สึกของผู้ป่วย แบบแผนของการสื่อสารนี้ได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์การเรียนรู้ในอดีตที่สัมพันธ์กับภาษา

2.2.2 การสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด (Non verbal communication) การสื่อสารมีอิทธิพลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการ รูปแบบของการสื่อสารนี้เริ่มจากการที่ทารกได้รับการสัมผัสจากมารดา การสัมผัสเป็นสิ่งที่สำคัญ สำหรับพัฒนาภาพลักษณ์ความรู้สึกและร่างกายที่ปรากฏจะเป็นสิ่งที่สร้างอัตมโนทัศน์ การสัมผัสมีความหมายแตกต่างกัน ในแต่ละบุคคล กลุ่มวัฒนธรรมและสถานการณ์ (King, 1981) และจากการศึกษาผลของการสัมผัสในผู้ป่วยที่วิตกกังวล 90 ราย อายุระหว่าง 21-65 ปี ในหน่วยบำบัดโรคหัวใจของศูนย์กลางการแพทย์ขนาดใหญ่ ในเมืองนิวยอร์ก โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม กลุ่มที่ได้รับการสัมผัสแบบการรักษาจะมีค่าคะแนนความวิตกกังวลลดลงหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสัมผัสโดยมิสหาเหตุและกลุ่มที่ไม่ได้รับการสัมผัส (Heiolt, 1981)

การใช้ทักษะและความรู้เรื่องการสื่อสารเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับพยาบาลในการรวบรวมข้อมูลที่ถูกต้อง เกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วยซึ่งอยู่ในการดูแล เช่น ผู้สูงอายุ เด็ก ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัววัยรุ่นที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ เด็กทารก ผู้ที่มีความเจ็บปวดและผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต (King, 1981) การสื่อสารในการรักษาแตกต่างจากกระบวนการสื่อสารในสังคมทั่วไป เป็นการส่งและรับข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและความไม่พึงพอใจจากสถานการณ์ของความเครียดในปัจจุบัน ช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้เพื่อให้เขามีความสามารถเพิ่มขึ้น ขอบเขตทางกายภาพ และขอบเขตทางอารมณ์ของผู้ป่วยมีอิสระต่อกัน เมื่อผู้ป่วยรู้สึกไม่พอใจกับปัญหาหรือภาวะวิกฤต พยาบาลต้องทำ

ให้ผู้ป่วยรู้ความต้องการและจุดมุ่งหมายของตนและสามารถลำดับความต้องการและความปรารถนาได้

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของบุคคล ซึ่งต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง วิธีที่ให้การดูแลแก่ผู้ป่วยที่สำคัญที่สุดคือการมองผู้ป่วยอยู่ในฐานะของบุคคล พยาบาลจะเป็นผู้ที่ลดความเครียด ความทุกข์ของผู้ป่วย (O'Brien, 1974) การสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลสุขภาพช่วยให้บุคคลได้รับรู้ถึงปัญหาสุขภาพ บุคคลมีความต้องการที่จะมีส่วนตัดสินใจในการแก้ปัญหาสุขภาพ ต้องการข้อมูลข่าวสาร ต้องการได้รับคำอธิบายที่จำเป็น การสื่อสารกับผู้ป่วยจึงเป็นทั้งบทบาททางการรักษา และบทบาททางสังคม

2.3 มโนทัศน์เกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ที่มีจุดมุ่งหมาย (Transactions)

ปฏิสัมพันธ์ที่มีจุดมุ่งหมายเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ซึ่งมนุษย์สื่อสารกับสิ่งแวดล้อม เพื่อการบรรลุจุดมุ่งหมายที่ประเมินค่าไว้ เป็นพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมายโดยตรงของมนุษย์ มีการแลกเปลี่ยนวัตถุหรือบริการระหว่างสองฝ่าย ซึ่งการแลกเปลี่ยนนี้เกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ปฏิสัมพันธ์ที่มีจุดมุ่งหมายเกิดจากการประเมินค่าของบุคคล เพราะจุดมุ่งหมายเป็นวิธีการและการบรรลุที่มีคุณค่า เมื่อปฏิสัมพันธ์ที่มีจุดมุ่งหมายถูกสร้างขึ้น ความตึงเครียด ความเครียดจะถูกผ่อนคลายในสถานการณ์ (King, 1981)

ปฏิสัมพันธ์ที่มีจุดมุ่งหมายเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการปฏิสัมพันธ์และเป็นพฤติกรรมที่สังเกตได้ ซึ่งแสดงถึงผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ ในบทบาทของพยาบาลการวิเคราะห์กระบวนการแสดงออกระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลเป็นสิ่งจำเป็นเนื่องจากจะทำให้พยาบาลทราบว่าความคาดหวังตามบทบาทของทั้งสองฝ่าย ตลอดจนการแสดงบทบาทนั้นเหมาะสมหรือไม่ นำไปสู่การแก้ปัญหาที่ตรงกันหรือไม่ (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2528) อย่างไรก็ตาม ถ้าสามารถร่วมกันตั้งจุดมุ่งหมายและปฏิสัมพันธ์ที่มีจุดมุ่งหมายได้ถูกสร้างขึ้นระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย จุดมุ่งหมายก็จะบรรลุผล บทบาทที่คาดหวังและบทบาทที่ปฏิบัติจริงของผู้ป่วยมีผลกระทบต่อปฏิสัมพันธ์ที่มีจุดมุ่งหมาย (King, 1981) คิง (King, 1981) กล่าวถึงคุณลักษณะของปฏิสัมพันธ์ที่มีจุดมุ่งหมายได้ดังนี้

2.3.1 ปฏิสัมพันธ์ที่มีจุดมุ่งหมายเป็นสิ่งที่มีความเฉพาะ (unique) บุคคลมีโลกส่วนตัวซึ่งขึ้นกับการรับรู้ของตนเอง การสื่อสารเป็นองค์ประกอบของปฏิสัมพันธ์ที่มีจุดมุ่งหมาย มนุษย์สื่อสารโดยอาศัยพื้นฐานการรับรู้เกี่ยวกับบุคคลและสิ่งต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อม ปฏิสัมพันธ์ที่มีจุดมุ่งหมายจะสามารถสังเกตได้ในสถานการณ์และตัวแปรในสถานการณ์จะมีอิทธิพลต่อปฏิสัมพันธ์ที่มีจุดมุ่งหมาย

2.3.2 ปฏิสัมพันธ์ที่มีจุดมุ่งหมาย เป็นประสบการณ์ (Experience) ประสบการณ์เป็นลำดับของเหตุการณ์ในช่วงของเวลา แต่ละบุคคลมีการรับรู้ที่ได้รับจากประสบการณ์ภายใต้เงื่อนไขของเวลา ไม่ว่าจะบุคคลจะกระทำโดยอิสระหรือไม่ จะไม่มีความแตกต่างกัน

ในสถานการณ์การพยาบาล ปฏิสัมพันธ์ที่มีจุดมุ่งหมายเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล ซึ่งมาพบกันภายใต้ระบบใหญ่ที่เรียกว่า ระบบการดูแลสุขภาพ บุคคลเข้ามาเพื่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น จึงเป็นบทบาทของพยาบาลที่จะต้องมีความรู้และทักษะอย่างกว้างขวางที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย รูปแบบค่านิยมของพยาบาลและผู้ป่วย เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อปฏิสัมพันธ์ที่มีจุดมุ่งหมาย

2.4 มโนทัศน์เกี่ยวกับบทบาท (Role)

คิง (King, 1981) ให้ความหมายของบทบาทไว้คือ (1) เป็นการจัดพฤติกรรมที่คาดหวัง เมื่อมีตำแหน่งในการเลี้ยงชีพในสังคม (2) กฎหรือข้อกำหนดการปฏิบัติที่แสดงถึงสิทธิและหน้าที่ในตำแหน่งขององค์การและ (3) เป็นสัมพันธ์ภาพกับบุคคลและมีปฏิสัมพันธ์ในสถานการณ์ที่มีจุดมุ่งหมาย บทบาทของพยาบาลเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งเข้ามาในสถานการณ์การพยาบาล ซึ่งพยาบาลปฏิบัติหน้าที่ของวิชาชีพบนพื้นฐานของความรู้ ทักษะ และค่านิยมเกี่ยวกับการพยาบาล พยาบาลจะใช้ความรู้ ทักษะ และค่านิยม ในการอธิบายจุดมุ่งหมายในแต่ละสถานการณ์ เพื่อช่วยให้บุคคลบรรลุจุดมุ่งหมาย

มโนทัศน์ของบทบาทกำหนดให้บุคคลมีการสื่อสารกับบุคคลอื่น และมีปฏิสัมพันธ์ที่มีวัตถุประสงค์ที่จะบรรลุจุดมุ่งหมาย หน้าที่การปฏิบัติในบทบาทเป็นสิ่งที่ไม่อยู่นิ่งและมีการเปลี่ยนแปลงจากสถานการณ์หนึ่งไปสู่สถานการณ์อื่น ในสถานการณ์ผู้ป่วยให้ข่าวสารแก่พยาบาลและพยาบาลร่วม

ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย เป็นการรักษาจากปฏิสัมพันธ์เพื่อที่จะทำหน้าที่ในบทบาท เช่น การร่วมให้ข่าวสาร ในปฏิสัมพันธ์ตั้งจุดมุ่งหมายร่วมกัน เห็นพ้องกับวิธีที่บรรลุจุดมุ่งหมาย และการปฏิบัติที่มุ่งสู่การบรรลุจุดมุ่งหมาย

บทบาทที่ขัดแย้ง (Role conflict) จะลดการบรรลุในประสิทธิภาพของการพยาบาล บทบาทพฤติกรรมที่คาดหวังของพยาบาลจะช่วยให้พยาบาลและผู้อื่นมองเห็นความซับซ้อนของบทบาทการพยาบาล ผู้รับบริการจะมีความคาดหวังในตัวพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแลและผู้ให้การสนับสนุน ความรู้เกี่ยวกับบทบาทจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ที่จะทำหน้าที่ของตนในระบบการดูแลสุขภาพสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยจะสู่จุดมุ่งหมายและมีประสิทธิผล เมื่อการรับรู้ในปฏิสัมพันธ์ถูกต้อง

2.5 มโนทัศน์เกี่ยวกับภาวะเครียด (Stress)

คิง (King, 1981) ได้กล่าวถึงภาวะเครียดว่าเป็นภาวะที่ไม่หยุดนิ่งที่มนุษย์มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เพื่อรักษาความสมดุลบางอย่างของ การเจริญเติบโต พัฒนาการ และการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของพลังงานและข้อมูลระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมสำหรับควบคุมตัวกระตุ้นความเครียด (Stressor) ซึ่งเป็นการตอบสนองพลังงานของบุคคลต่อบุคคล วัตถุและเหตุการณ์ที่เรียกว่าตัวกระตุ้นความเครียด

ความเครียดเป็นสถานการณ์ที่คับแค้นที่มีผลทำให้เกิดความกดดันทางอารมณ์ จะเกิดเกี่ยวข้องกับความรู้สึกกังวล บางครั้งความเครียดอาจจะเกิดขึ้นกับร่างกายเมื่อมีการใช้พลังงานมาก และมีการเปลี่ยนแปลงต่อขบวนการทางสรีระของร่างกาย เช่น อุณหภูมิสูงมาก ๆ หรืออาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนาน ๆ จะเป็นตัวเร่งความเครียด (มุกดา สุขสมาน, 2528) และเมื่อมีตัวเร่งความเครียดเกิดขึ้นก็จะเกิดปฏิกิริยาทางร่างกายเพื่อปรับตัว 3 ขั้นตอนคือ (1) อาการบอเหตุ (Alarm reaction stage) จะเกิดขึ้นเฉพาะแห่ง ซึ่งเนื่องมาจากตัวเร่งให้เกิดความเครียดปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นจะเกิดโดยผ่านระบบประสาท และต่อมไร้ท่อ ซึ่งจะหลั่งฮอร์โมนออกมาทำให้ร่างกายต่อต้านตัวเร่งความเครียดและซ่อมแซมร่างกายให้อยู่ในภาวะสมดุลย์ (2) อาการต่อต้าน (Resistance stage) ในระหว่างช่วงนี้การเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยาจะเกิดขึ้น

เพื่อรักษาสภาพต่อต้านของสิ่งมีชีวิต ต่อตัวเร่งความเครียด ในบางสถานการณ์ทำให้เกิดระดับการสมดุลงานทางสรีรวิทยาเกิดขึ้น (3) ซึ่งหยุดทำงาน (Exhaustion stage) ถ้าอยู่ภายใต้เหตุการณ์ที่มีความเครียดนาน ๆ ความต้านทานไม่สามารถจะทำให้ร่างกายยังคงรักษาสภาพที่คงที่ไว้ได้

คิง (King, 1981) ได้กล่าวถึงลักษณะของความเครียดไว้ดังนี้

2.5.1 ความเครียดเป็นสิ่งที่ไม่หยุดนิ่ง (Dynamic) ระบบเปิดมีความต่อเนื่องในการเปลี่ยนแปลงลักษณะของความเครียดโดยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอกของมนุษย์ เหตุการณ์ในชีวิต จะมีทั้งการได้รับความยินดีและไม่ยินดี การรับรู้เหล่านี้มีอิทธิพลต่อการตอบสนองของบุคคล ถ้าการรับรู้และเงื่อนไขเปลี่ยนแปลงดังนั้น จะเพิ่มความเข้มของความเครียด

2.5.2 ความเครียดเป็น มิติ ระยะขอบเขต (Temporal-spatial Dimension) การวัดเหตุการณ์ของชีวิตที่แสดงถึงการเพิ่มความเครียด เป็นองค์ประกอบที่จะพยากรณ์ความเจ็บป่วยและโรค ภาวะวิกฤตในชีวิตของบุคคลเกิดขึ้นในเวลาที่เหมาะสมและในส่วนของการสถานการณ์ ซึ่งบุคคลมุ่งจากภาวะวิกฤตหนึ่งไปสู่ภาวะวิกฤตอื่น จะมีแนวโน้มที่จะพบกับมิติของความเครียดเพิ่มความเครียดของบุคคล

2.5.3 ความเครียด เป็นสิ่งเฉพาะส่วนตัว และกระทำโดยตรง (Individual personal and subjective) ของบุคคลในเหตุการณ์ของชีวิตขึ้นกับการรับรู้ของบุคคลและการแปลความหมายของเขาต่อเหตุการณ์ เช่น การตอบสนองโดยการร้องไห้ ถดถอย ตกใจหรือปฏิเสธ การตอบสนองของบุคคลต่อความเครียดได้รับอิทธิพลจากตัวกระตุ้นความเครียด สถานการณ์ เวลาและวิธีการของบุคคล อายุ เพศ ภูมิหลัง บุคลิกภาพ ความรู้และแรงจูงใจ เป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะอธิบายปฏิกิริยาของบุคคลต่อความเครียด การเพิ่มและลดลงของความเครียดขึ้นอยู่กับวิธีการที่แต่ละบุคคลยอมรับ

เพอร์โกและเครท (Perko and Kreign, 1988) กล่าวถึงอาการแสดงถึงความเครียด (Manifestions of stress) ดังนี้ (1) ด้านกายภาพ (physical) จะมีอาการหายใจลำบาก ม่านตาขยาย ริมฝีปากแห้ง จำนวนแคทีโคลามีน (catecholamine)

และ คอร์ติโคสเตอรอยด์ (corticosteroid) เพิ่มขึ้นในเลือดและปัสสาวะ ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตสูงขึ้น หดความรู้สึกหรือซาบริเวณอวัยวะส่วนปลายไม่ยอมรับประทานอาหาร มีความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ (2) ด้านสังคม (social) มีอาการเลื่อนลอย (absentunism) ต่อต้านผู้อื่น (antagonism) พึ่งพาผู้อื่น (dependency) กระทำไม่เป็นระบบ (disorganization) ไม่พึงพอใจในการทำงาน ลดการทำงานสร้างสรรค์ (productivity) มีการสื่อสารลดลงหรือสื่อสารอย่างไม่มีประสิทธิภาพ ไม่สนิทสนมกับใคร จำกัดกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้อง (3) อาการผิดปกติทางอารมณ์ (affective) จะวิตกกังวล เชื่องซึม ก้าวร้าว คับข้องใจ หงุดหงิดง่าย รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า เก็บกด อ้างว้าง รู้สึกว่าตนเองผิด มีความละอาย (4) ด้านพฤติกรรม (behavioral) มีอาการอ่อนล้า การกระทำรุนแรง ต่อต้านผู้อื่น ตื่นเต้นง่าย ทำอะไรไม่เป็นระบบนอนไม่หลับ ไม่สร้างสรรค์ มีอาการสิ้น ย้ำทำ ประสบอุบัติเหตุบ่อย เสียงและจังหวะการพูดไม่สม่ำเสมอ ไม่หิวเราะ แยกตัวเอง แสดงพฤติกรรมที่เกินความจริง (5) ด้านความรู้ (cognitive) ไม่สามารถตัดสินใจ ย้ำคิด สูญเสียความจำ สูญเสียการรับรู้ ขาดการไตร่ตรอง จินตนาการลดลง ขาดจุดมุ่งหมาย คิดไม่ออก ปฏิเสธต่อคำวิจารณ์

สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ป่วยและพยาบาลถูกคาดหวังให้ลดความเครียดในโรงพยาบาลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยอาศัยการสื่อสารระหว่างบุคคล (interpersonal communication) โดยให้ข้อมูลที่สอดคล้องกับสถานการณ์ประเมินสิ่งที่มารบกวนตัวแปรทางกายภาพ ผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บหรือสูญเสียอวัยวะบางส่วนของร่างกาย จะมีการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ จึงต้องการความช่วยเหลือที่จะจัดการกับความเครียด ให้ผู้ป่วยพูดถึงสิ่งที่เกี่ยวข้องกับเขาและสิ่งที่เขาคาดหวัง ช่วยผู้ป่วยในการสร้างจุดมุ่งหมาย ทั้งระยะสั้นและระยะยาว โดยเสนอข้อมูลที่จะบรรลุจุดมุ่งหมายให้แก่ผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในสิ่งที่เขาพึงพอใจ (King, 1981)

การจัดการกับความเครียด (stress management) มุ่งที่การพยาบาลแบบป้องกัน ซึ่งมี 3 รูปแบบคือ

(1) การป้องกันระยะแรก (primary prevention care) จุดมุ่งหมายของการปฏิบัติเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี กิจกรรมการพยาบาลมุ่งให้ความรู้ โดยสอนให้ผู้ป่วยตระหนัก

ถึงองค์ประกอบของความเครียดและสิ่งที่มีผลต่อความเครียดในปัจจุบัน สอนให้ผู้ป่วยมีทักษะในการตัดสินใจ การแก้ปัญหา และพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสมเพื่อลดความเครียด ให้ความรู้แก่ผู้รับบริการในความต้องการการเปลี่ยนแปลงด้านกายภาพ ชีวภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อจิตใจ เพื่อลดความเครียดในชีวิตประจำวัน

(2) การป้องกันระยะที่ 2 (secondary prevention care)

พยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีรูปแบบการตอบสนองและความรู้สึกที่ไปด้วยกัน ช่วยให้ผู้รับบริการรู้ถึงสิ่งที่ต้องเปลี่ยนแปลงหรือปรับแก้ที่จำเป็นต่อชีวิตของเขา เพื่อเพิ่มหนทางที่จะปฏิบัติเพื่อสุขภาพและความพึงพอใจของผู้รับบริการ จุดมุ่งหมายของการปฏิบัติจะเป็นการส่งเสริมความสมดุล ซึ่งบุคคลสามารถควบคุมการตอบสนองของความเครียด

(3) การป้องกันระยะที่ 3 (Tertiary prevention care) พยาบาล

มุ่งช่วยให้ผู้ป่วยรู้ถึงวิธีการตอบสนองต่อการปรับตัว ซึ่งไม่มีประสิทธิผลต่อการจัดการกับความเครียด เพื่อพัฒนาวิธีการใหม่ที่สร้างรูปแบบการตอบสนองต่อการปรับตัวใหม่ โดยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกสำนึกในคุณค่าของตนเอง (Perko and Kreigh, 1988)

คิง (King, 1981) กล่าวถึงวิธีการที่จะลดความเครียดในสถานการณืพยาบาล ดังนี้ (1) การพูดคุยกับผู้ป่วย (2) การฟังผู้ป่วย (3) การสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย (4) ให้คำอธิบายอย่างเพียงพอในการตรวจ ปฏิบัติ และรักษา (5) ให้โอกาสผู้ป่วยถามในสิ่งที่เกิดขึ้น (6) ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล (7) คาดการณ์สิ่งที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยล่วงหน้าโดยใช้ทักษะการสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง (8) เสนอทางเลือกแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแล (9) มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยแต่ละคนเพื่อพัฒนาการบรรลุจุดมุ่งหมายร่วมกัน (10) ให้สมาชิกในครอบครัวเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย (11) ช่วยให้ผู้ป่วยบอกสิ่งที่คาดหวังของตนเอง (12) ร่วมวางแผนเพื่อการบรรลุจุดมุ่งหมาย

บทบาทของพยาบาลจะช่วยลดภาวะเตรียมให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวของเขาให้มากที่สุดด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย ให้ข้อมูลซึ่งเป็นประโยชน์และเหมาะสม

กับสถานการณ์ที่จะลดต้นเหตุของความเครียด การช่วยให้ผู้ป่วยตั้งจุดมุ่งหมายทั้งในของผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับภาวะเครียดที่อาจมีอยู่ได้ดีขึ้น

3. ระบบของสังคม (social systems)

ระบบของสังคมเป็นระบบของเขต องค์การ ของบทบาททางสังคม พฤติกรรม และการปฏิบัติ พัฒนาสู่การคงไว้ ซึ่งค่านิยมและกระบวนการของมโนทัศน์เกี่ยวกับองค์กรมโนทัศน์เกี่ยวกับอำนาจและตำแหน่งและมโนทัศน์เกี่ยวกับการตัดสินใจ

3.1 มโนทัศน์เกี่ยวกับองค์กร (organization)

บุคคลและกลุ่มเป็นหน่วยของสังคมขององค์กร องค์กรเป็นระบบซึ่งมีกิจกรรมที่ต่อเนื่อง ซึ่งนำไปสู่การบรรลุเป้าหมาย ในความหมายเชิงปฏิบัติการ องค์กร คือ ฐานะของมนุษย์กับการกำหนดบทบาท และหน้าที่ของผู้ซึ่งใช้ทรัพยากรสู่ความสำเร็จในจุดมุ่งหมายของบุคคล และ องค์กร (King, 1981) โรงพยาบาลเป็นองค์กรนี้ เพื่อจะได้มีส่วนในการปรับปรุงบริการ สาธารณสุข เข้าประชาชนได้ดีขึ้น พยาบาลจะต้องทำความเข้าใจกับระบบต่าง ๆ ในองค์กร (กอบกุล นันท์เจริญวรกุล, 2528)

3.2 มโนทัศน์เกี่ยวกับอำนาจและตำแหน่ง (Authority power and status)

หน้าที่ คือ กระบวนการปฏิสัมพันธ์ที่มีลักษณะเป็นกิจกรรม ค่านิยมของสมาชิกที่สัมพันธ์ต่อกันและกัน พื้นฐานและการรับรู้กิจการแสดงบทบาท ความเที่ยงตรงและการยอมรับ รับอำนาจของแต่ละบุคคล ภายในองค์กร บุคคลหนึ่งอาจมีอิทธิพลต่อบุคคลอื่นมีความสำคัญการยอมรับ และการยอมรับตามอำนาจที่บุคคลหนึ่งมี (King, 1981)

อำนาจ คือ ความสามารถของบุคคล หรือกลุ่มที่จะบรรลุจุดมุ่งหมาย อำนาจจะเกิดโดยลักษณะของชีวิตแต่ละคนมีศักยภาพของอำนาจ โดยมีข้อจำกัดจากทรัพยากรของแต่ละคน และการบังคับของสิ่งแวดล้อมที่เผชิญอยู่ อำนาจ คือ แรงบังคับของสังคมที่มีความเป็นองค์กรและสังคม เป็นความสามารถที่จะใช้ทรัพยากรนำไปสู่การบรรลุจุดมุ่งหมาย จะเป็นตัวชี้นำทิศทาง

ควบคุมและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลและกลุ่ม (King, 1981)

สถานภาพ คือ ตำแหน่งของบุคคลในกลุ่มหรือกลุ่มที่สัมพันธ์กับกลุ่มอื่นในองค์กรจะมีความเกี่ยวข้องกับสิทธิพิเศษ หน้าที่ และความรับผิดชอบ เป็นมิติของการแบ่งชั้นทางสังคม

3.3 มโนทัศน์เกี่ยวกับการตัดสินใจ (Decision Making)

การตัดสินใจในองค์กร เป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่งและเป็นระบบซึ่งหนทางเลือกสู่จุดมุ่งหมายของการยอมรับทางเลือกคือ การทำและปฏิบัติโดยบุคคลและกลุ่มที่จะตั้งคำถามและการบรรลุจุดมุ่งหมาย การแสดงถึงการให้การพยาบาล โดยตรงและโดยอ้อม ต้องมีการตัดสินใจเกี่ยวกับจุดมุ่งหมายที่จะบรรลุของสถานการณ์ระหว่างพยาบาลและผู้มารับบริการ และในสถานการณ์ของแต่ละครอบครัว เมื่อพยายามเข้าสู่การตั้งจุดมุ่งหมายในสุขภาพของผู้รับบริการ จะช่วยให้ผู้รับบริการตัดสินใจและเลือกระหว่างทางเลือกต่าง ๆ ในการดูแล (King, 1981)

ทฤษฎีการบรรลุจุดมุ่งหมาย (A theory of goal attainment)

ทฤษฎีนี้มีแนวคิดมาจากมโนทัศน์ของระบบระหว่างบุคคล (interpersonal) และแสดงถึงมโนทัศน์ของปฏิสัมพันธ์ การรับรู้ การสื่อสาร บทบาท ความเครียด การเจริญเติบโตและพัฒนาการ เวลา ระยะห่าง และปฏิสัมพันธ์ที่มีจุดมุ่งหมาย ได้กำหนดว่าการพยาบาลคือ กระบวนการปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย การยอมรับผู้อื่นและการยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ใช้การสื่อสารเป็นสื่อในการร่วมกันตั้งจุดมุ่งหมาย คิดค้นวิธีการปฏิบัติและการเห็นด้วยกับวิธีการที่จะนำไปสู่การบรรลุจุดมุ่งหมาย อันจะนำมาซึ่งกิจกรรมและการปฏิบัติที่นำไปสู่สถานการณ์การพยาบาล (King, 1981)

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย จะเน้นในบทบาทของแต่ละคน เมื่อบุคคลสองคนมาร่วมอยู่ในจุดมุ่งหมายเดียวกันและจึงได้กำหนดข้อตกลงเบื้องต้นระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยดังนี้

- (1) การรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อกระบวนการปฏิสัมพันธ์
- (2) จุดมุ่งหมาย ความต้องการและค่านิยมของพยาบาลและผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อกระบวนการปฏิสัมพันธ์
- (3) บุคคลมีสิทธิที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับตนเอง
- (4) บุคคลมีสิทธิที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่มีอิทธิพลเกี่ยวกับชีวิตสุขภาพและการบริการชุมชน
- (5) บุคลากรในทีม สุขภาพ มีหน้าที่รับผิดชอบในการให้ข้อมูลข่าวสารที่จะช่วยให้บุคคลได้รับข้อมูลในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของเขา
- (6) บุคคลมีสิทธิจะยอมรับหรือปฏิเสธการดูแลสุขภาพของเขา
- (7) จุดมุ่งหมายของบุคลากรในทีมสุขภาพ และจุดมุ่งหมายของผู้รับบริการ อาจจะ ไม่ตรงกัน



รูปที่ 1 กระบวนการปฏิสัมพันธ์ (King, 1971)

รูปนี้แสดงถึงกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ในสถานการณ์ของการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลและผู้ป่วยจะมีการรับรู้ซึ่งกันและกัน ร่วมกันตัดสินใจในปัญหาหรือความต้องการ ของอีกฝ่ายหนึ่ง มีกิจกรรมซึ่งแสดงออกคือ ปฏิกริยาซึ่งแสดงออกถึงการยอมรับหรือปฏิเสธ และจะเข้าสู่การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย โดยใช้การสื่อสารเป็นสื่อในการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อนำไปสู่จุดมุ่งหมายที่ร่วมกันกำหนดและปฏิสัมพันธ์ที่มีจุดมุ่งหมายจะเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกว่าจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ ประสบผลสำเร็จ ปฏิกริยาย้อนกลับ จะนำไปสู่การรับรู้ ของทั้งสองฝ่ายอีกครั้งหนึ่ง

คิง (King, 1981) ได้กำหนดขอบเขตของทฤษฎีมีดังนี้

เกณฑ์ภายใน คือ

- (1) พยาบาลและผู้ป่วยไม่รู้จักกันมาก่อน
- (2) พยาบาลจะต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพ
- (3) ผู้ป่วยมีความต้องการ การบริการที่จัดหาโดยพยาบาล
- (4) พยาบาลและผู้ป่วย อยู่ในการแลกเปลี่ยนสัมพันธภาพ ซึ่งพยาบาลมีความรู้และทักษะเป็นพิเศษในการสื่อสารที่สอดคล้องกับข้อมูลที่จะช่วยให้ผู้รับบริการตั้งจุดมุ่งหมายโดยอาศัยข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง การรับรู้ปัญหาหรือสิ่งที่เกี่ยวข้อง และเมื่อสื่อสารกับพยาบาลจะมีส่วนช่วยในการตั้งจุดมุ่งหมายร่วมกัน
- (5) พยาบาลและผู้ป่วย กระทำกิจกรรมร่วมกัน มีจุดมุ่งหมายในปฏิสัมพันธ์ ที่มีจุดมุ่งหมาย

ศูนย์วิทยทรัพยากร

เกณฑ์ภายนอก คือ

- (1) ปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มบุคคล 2 กลุ่ม
- (2) ปฏิสัมพันธ์จำกัดเฉพาะพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยที่ต้องการ การดูแล
- (3) ปฏิสัมพันธ์มุ่งสู่ธรรมชาติของสิ่งแวดล้อม

คิง ได้นำเสนอข้อความ (proposition) 8 ข้อความและมาแกน (Magan, 1987) ได้กล่าวถึงข้อความที่ดังได้นำเสนอ ดังนี้

ข้อความที่ 1 "ถ้าการรับรู้ถูกต้อง แสดงให้เห็นในปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ การปฏิสัมพันธ์ที่มีจุดมุ่งหมายจะเกิดขึ้น"

ข้อความนี้ค่อนข้างจะเป็นนามธรรมแต่มีความสอดคล้องสัมพันธ์กับขอบข่ายของ ทฤษฎี การรับรู้ที่ถูกต้องจะมีความเฉพาะเจาะจงมากกว่าการรับรู้โดยปกติ แต่ยังคงอยู่ในระดับที่สูงพอในความเป็นนามธรรมที่สามารถเจาะจงให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น

ข้อความที่ 2 "ถ้าพยาบาลและผู้รับบริการมีปฏิสัมพันธ์ที่มีจุดมุ่งหมาย จุดมุ่งหมาย จะบรรลุผล"

"ข้อความนี้มีปัญหา ซึ่งปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายอธิบายในขอบข่ายมโนทัศน์ของการบรรลุจุดมุ่งหมาย" ดังนั้น ข้อความนี้จึงไม่มีความสัมพันธ์กันในแนวความคิด แต่ยังคงมีความเกี่ยวข้องกันในบางส่วน โครงสร้างที่นำไปสู่วิธีการยังไม่ชัดเจน ในทางบวก แนวความคิดเรื่องการบรรลุจุดมุ่งหมาย ครอบคลุมทฤษฎีทั้งหมดอย่างแท้จริง มโนทัศน์เจาะจงถึงลำดับของการบรรลุจุดมุ่งหมายหรือความพึงพอใจจะถูกพัฒนาให้มีผลสะท้อนถึงการเสริมสร้างการบรรลุซึ่งจุดมุ่งหมายมากขึ้น

ข้อความที่ 3 "ถ้าจุดมุ่งหมายบรรลุผลความพึงพอใจจะเกิดขึ้น"

เป็นธรรมดาที่คาดหวังว่า การบรรลุจุดมุ่งหมายที่สะท้อนถึงค่านิยมของบุคคลที่จะนำสู่ความพึงพอใจ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าปฏิสัมพันธ์ที่มีจุดมุ่งหมายจะอธิบายถึงการบรรลุจุดมุ่งหมายนั้นยังคงมีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการ ข้อตกลง การตกลงและการร่วมในข้อตกลงที่ไม่เป็นผลต่อการบรรลุจุดมุ่งหมาย

ข้อความที่ 4 "ถ้าจุดมุ่งหมายบรรลุผลประสิทธิผลของการพยาบาลจะเกิดขึ้น"

ข้อความนี้ค่อนข้างจะเป็นรูปธรรมและมักจะปรากฏเป็นข้อความที่เกี่ยวข้องกัน ถ้าพยาบาลและผู้รับบริการมีจุดมุ่งหมายที่อธิบายได้อย่างแท้จริงในกระบวนการปฏิสัมพันธ์แล้วสิ่งที่ติดตามมาคือ จุดมุ่งหมายเหล่านี้จะแสดงถึงประสิทธิผลของการพยาบาล

ข้อความที่ 5 "ถ้าปฏิสัมพันธ์ที่มีจุดมุ่งหมายถูกสร้างขึ้นในปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ การเจริญเติบโตและพัฒนาการจะก้าวหน้าขึ้น"

ข้อความที่ยังเป็นปัญหา ตั้งแต่ความเกี่ยวข้องของข้อความที่อธิบายเรื่องช่องว่างระหว่างมโนทัศน์ที่มีระดับแตกต่างกันอย่างมาก การที่สิ่งที่เกิดขึ้นสู่ปฏิสัมพันธ์ หมายถึง ขณะที่คำนิยมรวมในปฏิสัมพันธ์ของพยาบาลและผู้รับบริการสู่ขบวนการที่ซับซ้อนของการเจริญเติบโตและพัฒนาการจะทำให้มโนทัศน์ก้าวไปสู่เวลาและระดับของนามธรรม

ข้อความที่ 6 "ถ้าบทบาทที่คาดหวังและบทบาทที่ปฏิบัติได้รับจากพยาบาลและผู้รับบริการ ตรงกันปฏิสัมพันธ์ที่มีจุดมุ่งหมายจะเกิดขึ้น"

บทบาทที่คาดหวังและบทบาทที่ปฏิบัติจริง ถูกทำให้เป็นพื้นฐานของมโนทัศน์ของบทบาทที่เป็นส่วนของขอบข่ายของทฤษฎี มโนทัศน์ของบทบาทที่ปฏิบัติและบทบาทที่ขัดแย้งมีความเป็นนามธรรมอย่างเพียงพอ ที่จะนำสู่ระดับของนามธรรมสำหรับการทดสอบ

ข้อความที่ 7 "ถ้าความขัดแย้งในบทบาท คือ ประสบการณ์จากพยาบาลและผู้รับบริการ ความเครียดในปฏิสัมพันธ์ของพยาบาลและผู้ป่วยจะเกิดขึ้น"

บทบาทที่ขัดแย้งจะมีทิศทางที่สัมพันธ์กับมโนทัศน์ของบทบาทของขอบข่ายการปฏิบัติ และที่มีความเครียดเป็นมโนทัศน์ในขอบข่ายทฤษฎี

ข้อความที่ 8 "ถ้าพยาบาลมีความรู้และทักษะเป็นพิเศษในการติดต่อสื่อสาร สอดคล้องกับข่าวสารข้อมูลผู้รับบริการ การตั้งจุดมุ่งหมายที่แท้จริงและการบรรลุจุดมุ่งหมายจะเกิดขึ้น"

ข้อเสนอนี้ให้ความสำคัญอย่างหนักแน่นในการสื่อสารบนปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย เนื่องมาจากการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายเป็นข้อความที่ชัดเจนในขอบข่ายของมโนทัศน์ อย่างไรก็ตามยังอยู่ในระดับต่ำในการกล่าวถึงและความเชื่อถือในสมมุติฐาน

"คงได้ให้ข้อสมมติว่า แต่ละคนมีเหตุผลและความสามารถที่จะเข้าสู่การตัดสินใจ เป็นผู้ที่มีสติ (conscious) และความสามารถในขบวนการข้อมูลข่าวสาร" จึงแน่นอนว่า เด็กทารก

ผู้ที่ไม่รู้สีกตัว และผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต ย่อมไม่สามารถมีส่วนร่วมในปฏิสัมพันธ์ที่มีจุดมุ่งหมาย แม้ว่าปฏิสัมพันธ์นี้จะสามารถเปลี่ยนให้ผู้อื่นปกป้อง เช่น มารดา สมาชิกในครอบครัว แต่ก็ไม่มี การกล่าวถึงในทฤษฎีนี้ ดังนั้นทฤษฎีของคิงจึงไม่สามารถประยุกต์สู่ขอบเขตของการพยาบาล ซึ่งผู้รับ บริการไม่มีความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์อย่างสมบูรณ์กับพยาบาล (Chinn, 1983) ความสัมพันธ์ ระหว่างมโนทัศน์ที่สนับสนุนจากข้อมูลในขอบข่าย คิง ได้รวบรวมข้อมูลในปฏิสัมพันธ์ของพยาบาลและ ผู้รับบริการ ซึ่งเกี่ยวข้องกับ คำจำกัดความปฏิบัติการสำหรับปฏิสัมพันธ์ที่มีจุดมุ่งหมาย การวิเคราะห์ ผลจากการที่บรรลุดจุดมุ่งหมายในปฏิสัมพันธ์ 12 ใน 17 ราย ซึ่งเท่ากับร้อยละ 70 ของตัวอย่าง ในการอภิปรายการทดสอบสมมุติฐาน คิง ได้รายงาน ว่า ความถูกต้องของการรับรู้ของพยาบาลและ ผู้รับบริการ การสื่อสารที่เพียงพอและการตั้งจุดมุ่งหมายจริงซึ่งมีสภาพที่ง่ายต่อการแปรเปลี่ยนการ บรรลุดจุดมุ่งหมาย คำจำกัดความทางปฏิบัติการการปกป้องข่าวสารของตัวแปรอื่น ๆ มากกว่า ปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายและความมีนัยสำคัญทางสถิติไม่ได้ถูกรายงาน แสดงว่าทฤษฎีของคิงยัง ขาดความเพียงพอในการสนับสนุน ทฤษฎีของคิงมีข้อจำกัดในการประยุกต์ใช้กับผู้รับบริการ แต่ทฤษฎี ของเธอสามารถสู่ระยะการปฏิบัติที่สูงขึ้น พยาบาลสามารถมีปฏิสัมพันธ์ที่มีจุดมุ่งหมายกับการปฏิบัติ ของผู้มารับบริการที่มีความเห็นด้วยในแผนของกิจกรรมที่ทำให้สุขภาพของผู้รับบริการดีขึ้น

ทฤษฎีการบรรลุดจุดมุ่งหมาย เน้นที่ระบบการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้มารับบริ การ ต่างฝ่ายต่างมีการรับรู้และการสื่อสารของตนเอง เมื่อนำมาปฏิสัมพันธ์ก็จะเกิดกระบวนการ ซึ่งมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมของผู้มารับบริการ (Action) เป็นพฤติกรรมในปฏิสัมพันธ์ของ บุคคลซึ่งรวมถึง (1) การรับรู้กับเงื่อนไขในปัจจุบัน (2) การปฏิบัติหรือกิจกรรมที่สัมพันธ์กับ เงื่อนไขหรือสถานการณ์และ (3) แรงจูงใจที่จะควบคุมจุดมุ่งหมาย (King, 1981)

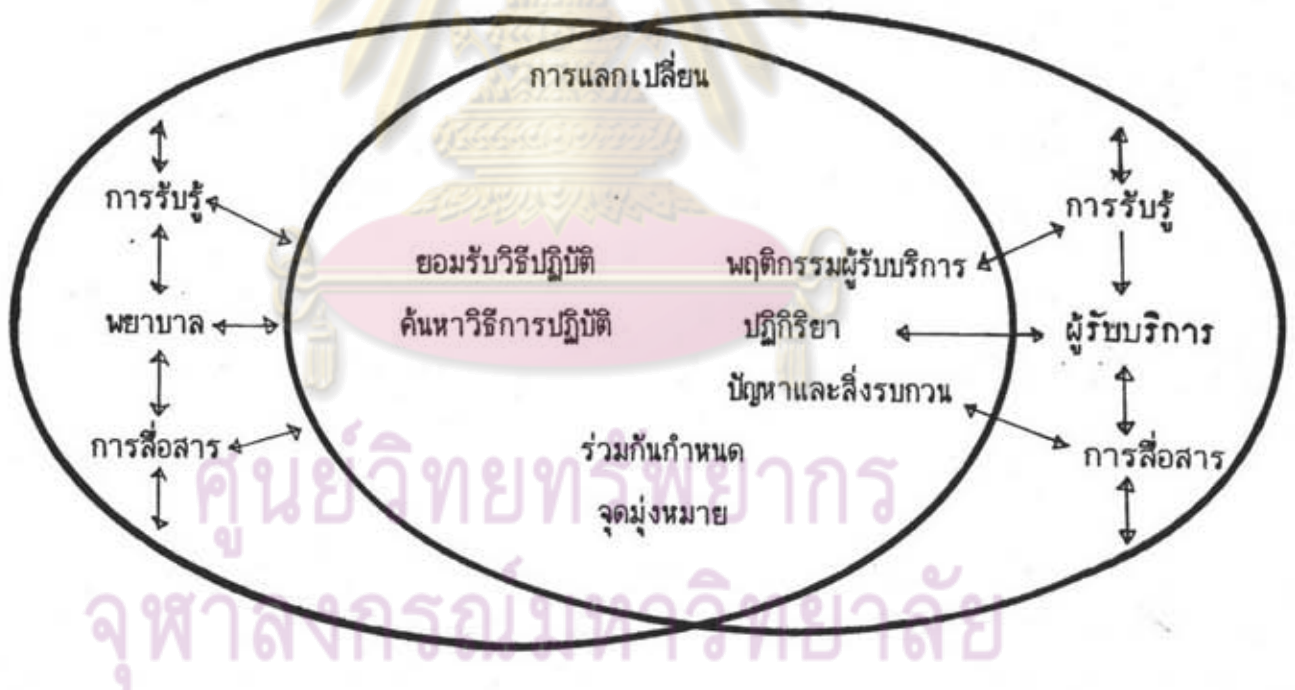
2. ปฏิกริยาของผู้มารับบริการ (Reaction)

3. บัณฑิตหรือสิ่งรบกวนผู้มารับบริการซึ่งทำให้เขาต้องมาโรงพยาบาล

(Disturbance)

จากองค์ประกอบทั้ง 3 ตอนนี้ ผู้มารับบริการก็จะให้ข้อมูลบอกเล่าถึงความผิดปกติที่ ทำให้เขาต้องมารับบริการ และพยาบาลก็จะเข้ามามีส่วนร่วมในองค์ประกอบขึ้นต่อไปคือ

4. พยาบาลและผู้รับบริการจะร่วมกันหาและ กำหนดจุดมุ่งหมายที่เป็นไปได้ (Mutual goal setting)
5. พยาบาลจะเป็นผู้ช่วยเหลือในการค้นหา วิธีการที่จะนำไปสู่การปฏิบัติให้ บรรลุจุดมุ่งหมายที่ได้ตั้งเอาไว้ (Explore means to achieve goal)
6. ผู้มารับบริการและพยาบาลจะต้องมีความเห็นพ้องต้องกันและยอมรับในวิธี ปฏิบัติดังกล่าว (Agree to means)
7. การแลกเปลี่ยน (Transactions) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกในขั้น สดท้ายซึ่งแสดงให้เห็นว่าจุดมุ่งหมายนั้นสำเร็จตามที่ตั้งเอาไว้ ผู้มารับบริการจะพ้นจากปัญหาที่ รบกวนเขามาแต่แรกและพยาบาลก็จะ เป็นผู้ส่งเสริมให้เขาปฏิบัติต่อไปด้วยตนเอง เพื่อให้อยู่ใน ภาวะสุขภาพที่ดีที่สุด



รูปที่ 2 แสดงการบรรลุจุดมุ่งหมายระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย (King 1981 : 157)

จากรูป ทฤษฎีการบรรลุจุดมุ่งหมายจะเน้นที่ระบบการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ ทั้งสองฝ่ายต่างก็มีการรับรู้ และการสื่อสารของตน เมื่อนำมาปฏิสัมพันธ์กันก็จะเกิดกระบวนการดังกล่าวข้างต้น

การปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุจุดมุ่งหมายของคิง

กระบวนการพยาบาลเป็นภาวะที่ไม่หยุดนิ่ง การดำเนินของกระบวนการระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ซึ่งแต่ละคนจะพึงพอใจในพฤติกรรมของผู้อื่น และต่างมีผลกระทบจากองค์ประกอบภายในสถานการณ์ (Daubemire and King, 1973) เป็นการลำดับของกิจกรรมซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมของผู้มารับบริการ (action) ปฏิกริยาของผู้มารับบริการ (reaction) และการปฏิสัมพันธ์ (interaction) ปฏิสัมพันธ์ที่มีจุดมุ่งหมายจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีสัมพันธภาพซึ่งกันและกัน พยาบาลและผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจจุดมุ่งหมายที่จะนำไปสู่การบรรลุผลสำเร็จ (King, 1971) การพยาบาลจึงเป็นกระบวนการของกิจกรรมที่พยาบาลจะต้องช่วยเหลือบุคคลทุกชนชั้นในสังคม ให้พบกับความต้องการพื้นฐานในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยใช้ศักยภาพที่มีอยู่จัดการกับสุขภาพ ปัญหาความเจ็บป่วย ที่เป็นส่วนหนึ่งของชีวิต พยาบาลจะวินิจฉัย ความคิดและความรู้สึกจากคำพูด การกระทำ และวิธีการพูดและวิธีที่กระทำการสัมภาษณ์ การสื่อสาร อย่างมีจุดมุ่งหมาย และการสังเกตพฤติกรรมของผู้มารับบริการ เป็นทักษะที่สำคัญของพยาบาลที่จะแปลความหมายจากการรับรู้ของผู้ป่วย (King, 1976)

ทอเรส (Torres, 1986) ได้ประยุกต์กระบวนการพยาบาลและทฤษฎีการพยาบาลของคิง ดังรูปที่ 3

ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รูปที่ 3 กระบวนการพยาบาลและทฤษฎีการพยาบาลของคิง

กระบวนการพยาบาล	ระบบบุคคล	ระบบระหว่างบุคคล	ระบบสังคม
การรวบรวมข้อมูล			
การประเมินผ่านการสื่อสาร	การรับรู้ของพยาบาลและผู้รับบริการ	ความสามารถของพยาบาลและผู้รับบริการในการสื่อสารที่สัมพันธ์กับบทบาทของแต่ละคน	ความสามารถในการตัดสินใจของผู้รับบริการและพยาบาล
ปฏิบัติการสัมพันธ์	ระดับการเจริญเติบโตและพัฒนาการ	ระดับของความเครียด	สถานการณ์และอำนาจที่สามารถให้พยาบาลโดยผู้รับบริการ
การรวบรวมข้อมูลจากการสังเกตคำพูดของผู้ป่วย การตรวจ	การรับรู้ภาพลักษณ์แห่งตน เวลา ระยะห่าง	ความสามารถของแต่ละบุคคลในหน้าที่ บทบาทปกติของเขา	
การวินิจฉัยปัญหา	ความสามารถในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการหรือการยอมรับภาพลักษณ์ของแต่ละคน	ความสามารถที่เกี่ยวข้องกับความเครียด การสื่อสาร	ความสามารถของผู้รับบริการในการยอมรับหรือปฏิเสธหน้าที่และมีความสอดคล้องกับการตัดสินใจ

กระบวนการพยาบาล	ระบบบุคคล	ระบบระหว่างบุคคล	ระบบสังคม
การระบุวิธีการในการแก้ปัญหา			
การวางแผน	การอธิบายเป้าหมายที่แท้จริงและความต้องการกิจกรรมของพยาบาลและผู้รับบริการในความสัมพันธ์ของค่านิยมและความต้องการของแต่ละคนและในความสัมพันธ์สู่สภาพลักษณะแห่งตนของผู้รับบริการ	ความตรงของการรับรู้พยาบาลและผู้รับบริการของเทศะและกาละเพื่อที่จะพัฒนาการสื่อสารและลดความเครียด	ประโยชน์อำนาจหน้าที่ของพยาบาลในการให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ
การปฏิบัติ	สนับสนุนพฤติกรรมที่ส่งเสริมความเข้าใจในตนเอง การเจริญเติบโตและพัฒนาการ	การสื่อสารและความสะดวกต่อเป้าหมายของผู้รับบริการโดยลดความเครียด	การยอมรับผู้รับบริการในการตัดสินใจปกป้องดูแลหลังจากการสอนหรือการปฏิบัติ
การประเมินผล	ความแตกต่างในการรับรู้ภาพลักษณ์แห่งตน	ระดับความเครียดหลังจากการสื่อสาร	การประเมินระดับความรู้ใหม่

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
การรวบรวมข้อมูลในอนาคต

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การรวบรวมข้อมูล

การประเมินผ่านการสื่อสารเป็นการประเมินความสัมพันธ์การรับรู้ของพยาบาล และผู้รับบริการ (Torres, 1986) กระบวนการปฏิสัมพันธ์และกระบวนการพยาบาลให้ความสำคัญในเรื่องการรับรู้ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลเท่ากัน การอธิบายถึงปฏิสัมพันธ์ที่มีจุดมุ่งหมายแสดงถึงการที่พยาบาลและผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตั้งจุดมุ่งหมายและ การตัดสินใจในการบรรลุจุดมุ่งหมาย (Fawcett, 1985) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรม (action) ของผู้ป่วยทั้งทางด้านกายภาพ ชีวภาพ และจิตสังคมที่มีอิทธิพลต่อระบบปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย วัดและประเมินสุขภาพ ทั้งในอดีตและปัจจุบัน โดยใช้ข้อมูลด้านชีวภาพ ผลการตรวจทางห้องทดลอง การแสดงความคิดเห็น ความรู้สึก และปฏิกิริยา (Reaction) ของผู้ป่วยที่มีต่อประสบการณ์ในอดีตและเหตุการณ์ปัจจุบัน (reaction) ของผู้ป่วยที่มีต่อประสบการณ์ในอดีตและเหตุการณ์ปัจจุบัน (Mourad, 1980) และ ค้นหาปัญหาหรือสิ่งที่มีมารบกวนผู้ป่วย (disturbance) โดยมีการแบ่งระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการจะนำมาซึ่งข้อมูลจากการบอกเล่าของผู้ป่วย (subjective data) และข้อมูลที่ได้จากการสังเกตการตรวจหรือการวัด (objective data) เพื่อทราบปัญหาและความคาดหวังของผู้รับบริการ (William, 1981) ซึ่ง ความคาดหวังของผู้รับบริการมี 3 ลักษณะ คือ

- (1) เห็นด้วยกับบริการที่จัดหา (Agree to proceed) พยาบาลต้องตระหนักถึงความคาดหวัง ความเห็นของผู้รับบริการและช่วยให้ผู้รับบริการตระหนักถึงบริการที่จัดหาตามความปรารถนาของเขา
- (2) ค้นหาจากบริการอื่นที่เกี่ยวข้อง (Referral) เมื่อเกิดความไม่สอดคล้องกับความคาดหวังของตน ผู้รับบริการจะขอรับบริการจากวิชาชีพอื่นหรือพยาบาลผู้ชำนาญเฉพาะในสาขาที่เกี่ยวข้อง
- (3) การไม่ยอมรับบริการ เมื่อไม่มีความสอดคล้องในกระบวนการสร้างสัมพันธภาพผู้รับบริการจะไม่ยอมรับบริการจากพยาบาลและพยาบาลจะไม่สามารถรู้ถึงความคาดหวังของผู้รับบริการ

การรับรู้ถึงปัญหา หรือการวินิจฉัยปัญหา

พยาบาลยอมรับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย เพื่อทำการตัดสินใจสร้างรูปแบบกิจกรรม ซึ่งเป็นผลมาจากการวินิจฉัยการพยาบาล พยาบาลจะต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยเพื่อให้แน่ใจว่า การรับรู้ปัญหานั้นตรงกัน (Husban, 1988) พยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยอธิบายความแตกต่างขององค์ประกอบที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์ วิเคราะห์ การยอมรับของผู้รับบริการในสถานการณ์นั้น ๆ ทำให้ประเด็นต่าง ๆ มีความชัดเจน ในจุดนี้ผู้รับบริการและพยาบาลจะต้องมีความเห็นเกี่ยวกับปัญหาตรงกัน (William, 1981) การวินิจฉัยการพยาบาลจะเป็นการอธิบายสิ่งที่มารบกวนหรือปัญหาที่มาเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย (George, 1985)

การระบุวิธีการในการแก้ปัญหาหรือการวางแผนและการปฏิบัติ

คือ อธิบายว่า การวางแผนเป็นการตั้งจุดมุ่งหมายและทำการตัดสินใจกับวิธีที่จะบรรลุจุดมุ่งหมาย และผู้รับบริการถูกกำหนดให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการวางแผน (George, 1985)

การตั้งจุดมุ่งหมายร่วมกัน (Mutual goal setting) จะต้องมีพื้นฐานจากสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย การตั้งจุดมุ่งหมายร่วมกันจะต้องมีหลักการและใช้วิธีประเมินประเมินในลักษณะที่เป็นประชาธิปไตย การจะบรรลุจุดมุ่งหมาย จุดมุ่งหมายจะต้องตรงกับระบบความเชื่อ และค่านิยมของผู้รับบริการ พยาบาลและผู้ป่วยจะต้องดำเนินการร่วมกันในการอธิบายและประเมินวิธีการที่จะนำไปสู่การบรรลุจุดมุ่งหมาย (Explore to achieve goal) จะต้องตัดสินใจเลือกในวิธีการที่พอใจและมีความเป็นไปได้ ความพอใจแสดงถึงการยอมรับซึ่งพยาบาลจะต้องสังเกตพฤติกรรม และคำพูดของผู้รับบริการที่จะแสดงถึงการยอมรับวิธีการนั้น ๆ (William, 1981)

การปฏิบัติจะเกิดขึ้นในกิจกรรมที่จะนำไปสู่การบรรลุจุดมุ่งหมาย (George, 1985) พยาบาลและผู้ป่วยจะปฏิบัติในวิธีที่เห็นพ้องต้องกัน (agree to means) และผลย้อนกลับ (feedback) ของการปฏิบัติจะใช้เป็นสื่อในการพัฒนาวิธีการปฏิบัติต่อไป (William, 1981)

การรวบรวมข้อมูลในอนาคตหรือการประเมินผล

การประเมินผล (Evaluation) เป็นการตรวจสอบถึงผลการบรรลุจุดมุ่งหมาย โดยการกำหนดเกณฑ์หรือวัตถุประสงค์ไว้ล่วงหน้าและการประเมินผลไม่เพียงแต่เป็นการบรรลุจุดมุ่งหมายของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังหมายถึงการตรวจสอบประสิทธิภาพของการให้การพยาบาล (George, 1985) การประเมินผลระยะนี้ทำให้ทราบคำตอบของคำถามที่ว่า จุดมุ่งหมายบรรลุผลหรือไม่ กลวิธีที่ใช้มีประสิทธิภาพหรือไม่ การเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นสิ่งจำเป็นหรือไม่ อะไรเป็นกระบวนการที่ให้กับผู้รับบริการ และแผนอื่น ๆ จะต้องมีการพัฒนาหรือไม่

การพยาบาลผู้ป่วยคัดลอกกรรมกระดูกที่จำกัดการเคลื่อนไหว

การจำกัดการเคลื่อนไหว หมายถึง การหยุดการเคลื่อนไหวของร่างกาย รวมทั้งการจำกัดกิจกรรมของร่างกายที่มีสาเหตุจากภาวะร่างกายของบุคคลหรือจากสิ่งแวดล้อม (Hammer and Kenan, 1980)

การถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นสิ่งไม่พึงปรารถนาของบุคคล เพราะการเคลื่อนไหวเป็นความจำเป็นพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งพึงพอใจที่จะอยู่ในขอบเขตที่อิสระ ความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในระดับการเคลื่อนไหวนี้สัมพันธ์กับการรับรู้ของต่อภาวะสุขภาพ บุคคลจะได้รับการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย ภาวะวิกฤติ ซึ่งตนเองไม่ได้เก็บกด หรือสูญเสียพลังงาน ไม่มีประสิทธิภาพในการจัดการ รู้สึกเหมือนไม่มีใครช่วยเหลือและไร้ความหวัง ลดการบรรลุจุดมุ่งหมายประสิทธิภาพในการตัดสินใจลดลงหลีกเลี่ยงผู้อื่นทั้งความคิดและการกระทำ (Boroch, 1976)

ลักแมนและโซเรนเซน (Luckman and Sorensen, 1980) อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล (2528) กล่าวถึงประโยชน์ของการนอนพักบนเตียง หรือการจำกัดการเคลื่อนไหว ไว้ดังนี้

(1) เพื่อลดความเจ็บปวด เช่น จากโรคหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจตีบ (Coronary heart disease) การผ่าตัด การเกิดบาดเจ็บ กระดูกหักและจากการเกิดบาดแผล เป็นต้น การพักนี้เพื่อลดการเคลื่อนไหวไม่ให้เกิดกระตุกหรือระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อ และลดความต้องการออกซิเจนของอวัยวะเหล่านี้ เช่น กล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้ลดความไม่สุขสบาย

- (2) เพื่อส่งเสริมการหายและการซ่อมแซมของเนื้อเยื่อที่บาดเจ็บโดยการลดความต้องการในการเผาผลาญของเนื้อเยื่อบริเวณนั้น และรักษาไฟบริน (fibrin) ที่ช่วยยึดกันไม่ให้เนื้อเยื่อโรคจากเนื้อเยื่อที่บาดเจ็บไปสู่เนื้อเยื่อที่ดี
- (3) เมื่อลดการบวมและการคั่งของเลือดค้ำ โดยให้ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียงและยกขาสูง
- (4) เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่อ่อนเพลีย มีไข้ หรือเนื่องจาก ความเจ็บป่วยทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็ง หรือโรคทางระบบประสาทที่ทำให้หมดความสามารถ

การจำกัดการเคลื่อนไหวที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก

สุรศักดิ์ ศรีสุข (2529) ได้กล่าวถึง การจำกัดการเคลื่อนไหวของชิ้นส่วนกระดูกที่หัก เพื่อให้กระดูกเข้าที่ดีและมีการเชื่อมยึดติดกระดูกได้เร็วประกอบด้วย

1. การจำกัดการเคลื่อนไหวภายนอก ได้แก่ การใส่เฝือกปูนหรือใช้อุปกรณ์ที่ใช้ยึดจากภายนอก ซึ่งเฝือกหรืออุปกรณ์แต่ละชนิดจะใช้กับผู้ป่วยในรายที่กระดูกหักแตกต่างกัน
2. การจำกัดการเคลื่อนไหวภายใน ผู้ป่วยถูกผ่าตัดเพื่อยึดชิ้นส่วนกระดูกที่หักอยู่นิ่ง ซึ่งอุปกรณ์ที่ใช้ยึดติด อาจจะประกอบด้วย แกนโลหะยึดกระดูก แผ่นโลหะตามกระดูก สกรูยึดกระดูกหรือแกนโลหะใส่ในโพรงกระดูก ในผู้ป่วยบางรายหลังจากผ่าตัดยึดกระดูกแล้ว อาจต้องใส่เฝือกร่วมด้วย เพื่อให้มีการจำกัดการเคลื่อนไหวที่สมบูรณ์

3. การถ่วงน้ำหนัก (traction) ผู้ป่วยกระดูกหักส่วนขา มักจะมีการเคลื่อนหลุดหรือเกยกันของชิ้นกระดูกที่หัก ดังนั้นต้องดึงชิ้นกระดูกให้เข้าที่ตามกายวิภาค ด้วยถ่วงน้ำหนักร่วมกับอุปกรณ์พิเศษ ดังนี้

3.1 Skin traction คือ การถ่วงน้ำหนักด้วยการดึงจากภายนอก ร่างกาย โดยการใช้ฟองน้ำวางขนานสองข้างของขา แล้วพันยึดด้วยผ้ายึดหรือแอกซีซีฟ พลาสเตอร์ (adhesive plaster) แล้วถ่วงด้วยถ่วงน้ำหนักที่มีจำนวนน้ำหนักตามความเหมาะสมในผู้ป่วย

เป็นราย ๆ ไป เช่น การถ่วงน้ำหนักแบบสปริงท์ รัสเซล (splint russell's traction) การถ่วงน้ำหนักดึงขาในลักษณะนี้สามารถให้ผู้ป่วยออกกำลังเคลื่อนไหวข้อเข่า เพื่อให้ข้อเข่ามีการยึดติดน้อยลงได้

3.2 Skeletal traction แพทย์ผู้รักษาใช้ steinmann pin หรือ kirschnerwire แทะทะลุผ่านปุ่มกระดูกทิวเบีย (tibial tubercle) แล้วถ่วงด้วยก้อนน้ำหนัก โดยร่วมกับอุปกรณ์พิเศษ เช่น โทมัสสปริงท์ (thomas splint with pearson attachment) ซึ่งมีแรงกดที่ปุ่มของกระดูกเชิงกราน (ischial tuberosity) ทำให้เกิดการต้านการดึงหรือ braun splint ซึ่งใช้น้ำหนักร่างกายเป็นการต้านการดึง (counter traction) การใช้วิธีนี้ช่วยให้การติดของข้อเข่าลดน้อยลง เนื่องจากนักกายภาพบำบัดสามารถที่จะจับข้อเข่าของผู้ป่วย เคลื่อนไหวได้ หรือให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวข้อเข่าด้วยตนเองโดยให้นอนเตียง (splint bed) ซึ่งสามารถแยกส่วนตรงข้อเข่าให้พับเตียงส่วนล่างลงมาได้

3.3 Bryant traction ใช้ในเด็กเล็กจนถึงอายุ 4 ขวบ ซึ่งมีการหักของกระดูกต้นขา โดยดึงขาในลักษณะยกขาขึ้นสูง หรือในแนวตั้งฉากกับเตียงและน้ำหนักร่างกายของผู้ป่วยจะเป็น counter traction

การลดกิจกรรมการเคลื่อนไหวมีประโยชน์ในโรคทางกระดูกแต่การที่กระดูกและข้อต่อต่าง ๆ ไม่ได้เคลื่อนไหวทำให้เกิดการฝืนการอย่างถาวรได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2528) ซึ่งปัญหาการนอนอยู่บนเตียงนาน ๆ ที่เกิดขึ้นในระบบนี้คือ

1. อาการอ่อนเพลีย บุคคลใดก็ตามที่นอนอยู่บนเตียงเฉย ๆ 3-4 ชั่วโมง จะรู้สึกอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ อาการอ่อนเพลียจากการเคลื่อนไหวนี้เกิดขึ้นจากทั้งสาเหตุของโรค และจากกล้ามเนื้อที่ช่วยในการค้ำจุนร่างกายในขณะยืน เดิน หรือรักษาการทรงตัวในขณะเคลื่อนไหว เพื่อป้องกันอาการอ่อนเพลียมากเกินไป ควรให้ผู้ป่วยได้เคลื่อนไหวมีกิจกรรมตามปกติทันทีที่สามารถกระทำได้ ผู้ป่วยที่นอนอยู่บนเตียงจะรู้สึกสบายและลดความกังวล ถ้าพยาบาลช่วยเหลือให้มีการเคลื่อนไหวเพิ่มกิจกรรมให้มากขึ้นวันละเล็กวันละน้อย การวางแผนการเคลื่อนไหวและกิจกรรมให้

ผู้ป่วยในแต่ละคน จะช่วยให้ผู้ป่วยที่นอนอยู่บนเตียงค่อย ๆ มีความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้น ยิ่งผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียงเป็นเวลานาน การที่จะฟื้นมีกำลังได้แบบเดิมต้องอาศัยเวลานานมากยิ่งขึ้น ผู้ป่วยจะต้องใช้เวลา 3-4 วัน ที่จะฟื้นจากการนอนเฉย ๆ อยู่บนเตียง 6 สัปดาห์

2. อาการปวดหลัง ผู้ป่วยที่นอนอยู่บนเตียงชั่วระยะเวลาหนึ่ง จะบ่นปวดหลัง อาการปวดหลังอาจเกิดจากการนอนไม่ถูกต้อง ที่นอนนุ่มหรือไม่เรียบ ไม่ช่วยรองรับบริเวณโค้งหรือเว้าของส่วนหลัง เพื่อไม่ให้เกิดการเช่นนี้ควรจะช่วยเหลือผู้ป่วยโดย

- 2.1 เปลี่ยนท่าผู้ป่วยบ่อย ๆ ตามเวลาที่กำหนด
- 2.2 ที่นอนแข็ง ดึงพอดี ไม่บุ่มตรงกลางควรมีไม้รองใต้ที่นอน
- 2.3 นวดหลังบ่อย ๆ
- 2.4 มีการออกกำลังกายทุกวัน
- 2.5 ใช้กายภาพบำบัด

3. กล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็ง การที่กล้ามเนื้อและข้อจะทำงานเคลื่อนไหวได้ตามปกติจะต้องมีการยืดหดทุกวัน ถ้าไม่มีการยืดหด หรือเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อจะอ่อนเพลียไป และสิ้นเข้าข้อก็จะแข็งและเคลื่อนไหวไม่ได้ และเป็นความพิการอย่างถาวรที่ไม่สามารถจะรักษาได้ ข้อติดแข็งอาจเกิดจาก ขาดการออกกำลังกายของข้อเท้าและกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อเกร็ง การไม่เคลื่อนไหวของข้อเป็นเวลานาน ๆ ความเจ็บปวดที่จำกัด การเคลื่อนไหวและการบวม ข้อติดแข็งเมื่อเกิดขึ้นแล้วเป็นการยากที่จะรักษา ความพิการนี้จึงควรจะป้องกันไม่ให้เกิดเป็นสิ่งที่ดีที่สุด

4. กระดูกพรุน (Osteoporosis) จากการไม่ได้ใช้งาน กระดูกพรุนเกิดจากการสูญเสีย แคลเซียม ฟอสฟอรัส และเยื่อกระดูก การสูญเสียนี้เป็นผลจากการเพิ่มการทำลายของกระดูกเร็วกว่าการสร้าง กระดูกมีสาเหตุของการเกิดได้หลายอย่าง กระดูกพรุนจากที่กระดูกไม่ได้ถูกใช้จากระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูกไม่ได้เคลื่อนไหว เพื่อป้องกันกระดูกพรุนจากที่กระดูกไม่ได้ถูกใช้รับน้ำหนักจึงควรให้ผู้ป่วยบริหารให้กล้ามเนื้อหดตัวทุกวัน โดยเฉพาะให้รู้จักต้านแรงต่าง ๆ

บอโรช (Boroch, 1976) กล่าวว่า การเคลื่อนไหวเกี่ยวข้องกับภาวะจิตสังคม (psychosocial) ของบุคคลสรุปได้คือ เป็นระดับของการตระหนักอรรถาในสถานะที่เป็นสิ่งที่อยู่ในขอบเขตหรือเทศะ (space) เป็นกิจกรรมที่จะทำให้พบกับสิ่งที่ฝังปรารถนาอยู่ในความเป็นอิสระและความสามารถที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ และประสบการณ์ในด้านดี เป็นช่องทางของการส่งพลังงานสู่กิจกรรมของบุคคลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและเป็นการผ่อนคลายความตึงเครียด

ผู้ป่วยที่นอนอยู่บนเตียงนาน ๆ จะรู้สึกเซื่องซึม เจ็บเหงาและซึมเศร้า การที่ผู้ป่วยถูกแยกออกจากกิจวัตรประจำวันที่เคยกระทำจากหน้าที่การงาน ผู้ป่วยบางคนจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับบ้าน ครอบครัว การประกอบอาชีพและการเงิน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2528)

จึงสรุปได้ว่า การจำกัดการเคลื่อนไหวจึงเป็นการเคลื่อนไหวของร่างกาย รวมถึงการจำกัดกิจกรรมของร่างกาย อาจเป็นการจำกัดการเคลื่อนไหวภายนอกร่างกาย หรือการจำกัดการเคลื่อนไหวภายในร่างกาย ซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์และโทษแก่ระบบต่าง ๆ ของร่างกาย การถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นสิ่งไม่พึงปรารถนาของบุคคล และความพึงพอใจในระดับการเคลื่อนไหวสัมพันธ์กับการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพและภาวะจิตสังคมของผู้ป่วย

ปัญหากระดูกหักและข้อเคลื่อนเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุด ของระบบกระดูกและข้อ เนื่องจากปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยจากอุบัติเหตุเพิ่มมากขึ้น ปัญหาผู้ป่วยกระดูกหักมีมากขึ้น (วรรณิ สัตยวิวัฒน์, 2524) ทำให้เกิดความด้อยสมรรถภาพจากสาเหตุเริ่มแรก ซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจาก การได้รับบาดเจ็บและความด้อยสมรรถภาพแทรกซ้อนที่มีสาเหตุจากความด้อยสมรรถภาพเริ่มแรก ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนที่ไม่ควรเกิด (ดวงพร สีจร และคณะ, 2533) และผู้ป่วยคัลยกรรมกระดูกต้องใช้เวลาการรักษาเป็นเวลานาน การที่ผู้ป่วยนอนรักษาอยู่บนเตียงนาน ๆ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะและระบบของร่างกายดังนี้

1. ผลกระทบต่อระบบหายใจ การไม่เคลื่อนไหวร่างกายจะทำให้เมตาบอลิซึมและความต้องการออกซิเจนลดลง (บรรจง คำหอมกุล, 2524) เนื่องจากการขยายตัวของทรวงอก (chest expansion) มีขีดจำกัด เพราะกล้ามเนื้อทรวงอก กล้ามเนื้อหน้าท้องและ

กระบังลมหดตัวได้น้อยลงและการถ่ายเทอากาศระหว่างปอดและอากาศภายนอก (ventilation) ลดลง ซึ่งจะส่งผลให้ภาวะความเป็นกรดต่างของเลือดเกิดความไม่สมดุลย์ (สมคิด รักษาสิทธิ์, 2531) เมื่อเนื้อเยื่อของปอดไม่ได้ใช้เป็นเวลานานจะทำให้ถุงลมในปอดแฟบ (Atelectasis) นอกจากนี้ทำให้การขับเสมหะลดลง มีเสมหะคั่งมากขึ้น ซึ่งมีแนวโน้มจะทำให้เกิดการติดเชื้อภายในปอด เกิดปอดอักเสบ (hypostatic pneumonia) หรือเกิดหลอดลมอักเสบ มีผลทำให้ภาวะทั่วไปของผู้ป่วยเลวลง (สันทม เศรษฐกร, 2531)

2. ผลกระทบต่อระบบไหลเวียน การนอนไม่เคลื่อนไหวร่างกายนาน ๆ ทำให้ลดปริมาณของโลหิตที่ไหลออกจากหัวใจและการไหลเวียนของโลหิตดำ บริเวณอวัยวะส่วนปลาย กลับสู่หัวใจมากขึ้น (Boroch, 1976) ทำให้หัวใจต้องทำงานเพิ่มขึ้นเพื่อที่จะรักษาความสมดุลย์ระหว่างปริมาณของโลหิตที่ไหลกลับสู่หัวใจและปริมาณที่ไหลออกจากหัวใจไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย (สมคิด รักษาสิทธิ์, 2531) และอีกประการหนึ่ง หัวใจจะทำงานเพิ่มขึ้นจากวัลชวา แมนนิวเวอร์ (valsava maneuver) นั่นคือขณะที่เรากลับหายใจทรวงอกจะหยุดนิ่ง ทำให้แรงดันภายในทรวงอกเพิ่มขึ้นเมื่อเริ่มหายใจใหม่ จะทำให้การไหลกลับของเลือดดำ ไปที่หัวใจมากขึ้นทันที ทำให้หัวใจเต้นเร็ว (tachycardia) ดังเช่น ขณะที่ให้หมอนอนผู้ป่วยหรือขณะที่ผู้ป่วยพลิกตัว จะหยุดหายใจชั่วขณะหนึ่ง ทำให้แรงดันในทรวงอกเพิ่มขึ้น เนื่องจาก วัลชวา แมนนิวเวอร์นั่นเอง

ขณะที่ผู้ป่วยนอนจะทำให้แรงโน้มถ่วงของโลกต่อร่างกายโดยทั่วไปลดลง จึงไม่ต้องการปฏิกิริยาสะท้อนที่ทำหน้าที่ในการปรับความดันเลือดเพราะปริมาณเลือดพอเพียงที่จะไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เมื่อต้องการจะลุกขึ้นนั่งหรือยืนขึ้น ปฏิกิริยาสะท้อนนี้ทำงานได้ไม่ดี ทำให้ปรับความดันไม่ทันต่อความต้องการ (สันทม เศรษฐกร, 2531) เกิดความดันโลหิตต่ำลงเนื่องจากการเปลี่ยนท่า (postural hypotention) (บรรจง คำหอมกุล, 2524) ผู้ป่วยจะรู้สึกวิงเวียนหน้ามืด ผิวหนังจะเย็นชื้นและซีด

3. ผลกระทบต่อระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ทำให้เกิดความไม่สมดุลย์ของแคลเซียมโดยมีการสูญเสียเกลือแร่หรือการสลายตัวของเยื่อกระดูก (demineralization) ของกระดูกยาว (long bone) ทำให้เพิ่มแคลเซียมในเลือด เส้นเลือดฝอยและเนื้อเยื่อทำให้

เกิดความเปราะบางในระบบทางเดินปัสสาวะและเกิดนิ่วได้ (Boroch, 1976). และทำให้กระดูกเปราะ (osteoporosis) ไม่แข็งแรง หักได้ง่าย

เมื่อร่างกายไม่เคลื่อนไหวหรือเคลื่อนไหวน้อยลง จะพบว่ากล้ามเนื้อมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความแข็งแรง ขนาดและรูปร่างของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (connective tissue) จะแข็งตัวหนาขึ้นมาเป็นพังผืด โดยเฉพาะบริเวณข้อจะทำให้ข้อติดแข็งเคลื่อนไหวไม่ได้ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเคลื่อนไหวร่างกายเพิ่มขึ้นอีกและเมื่อผู้ป่วยนอนพักผ่อนในเตียงประมาณ 3-4 วัน จะสังเกตเห็นว่ากล้ามเนื้อเหยียดอ่อนกำลังลง ทำให้ยืนเดินได้ลำบาก การทรงตัวไม่ดี กำลังกล้ามเนื้อจะลดลงเรื่อย ๆ ตามเวลาที่ไม่ได้ใช้งาน เมื่อจะฟื้นฟูปรับความสามารถและความแข็งแรงให้กลับคืนสภาพเดิม จะต้องใช้เวลามากกว่าเวลาที่ไม่ได้เคลื่อนไหวร่างกายหลายเท่า (ล้นทม เศรษฐกร, 2531)

4. ผลกระทบต่อระบบขับถ่าย ผู้ป่วยที่ต้องนอนพักในเตียงเป็นเวลานานประมาณสองสัปดาห์ ปรากฏว่ามีส่วนโน้มนำทำให้เกิดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ โดยเฉพาะผู้ป่วยเป็นโรคกระดูกจะพบว่า ความเข้มข้นของแคลเซียมในปัสสาวะจะเพิ่มขึ้นในขณะที่กรดซิตริกยังคงเดิม ผลคือแคลเซียมจะถูกละลายด้วยกรดไม่หมด ทำให้มีแคลเซียมในปัสสาวะมากเป็นเหตุให้เกิดนิ่วได้ง่าย มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัสสาวะคั่งค้างในกระเพาะปัสสาวะ และ กรวยไต ผู้ป่วยที่ต้องใส่สายสวนคาไว้ ผู้ที่กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ผู้ที่ดื่มน้ำน้อยไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

ปัญหาท้องผูก (Constipation) เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ซึ่งมีสาเหตุดังต่อไปนี้คือ (1) กล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับกลไกการขับถ่ายอุจจาระอ่อนแรง ขาดความตึงตัว (muscle tone) เพราะไม่ได้ใช้แรงงานหรือออกกำลังกาย การหดตัวจึงไม่มีพลังพอร่วมกับแรงดันภายในช่องท้องไม่เพียงพอจึงไม่มีแรงเสริมในการขับถ่ายอุจจาระตามปกติ (2) วงจรการกระตุ้นและการตอบสนองทางระบบประสาทที่ควบคุมกลไกการขับถ่ายอุจจาระ (defecation reflex) สูญเสียหน้าที่ เช่น ผู้ป่วยที่กระดูกไขสันหลังระดับเซครัม (sacrum) ได้รับอันตรายทำให้การรับส่งความรู้สึกของใยประสาทถูกขัดขวางการทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อและอวัยวะส่วนต่าง ๆ

ยอมได้รับการกระทบกระเทือน (3) การนอนถ่ายอุจจาระ โดยใช้หมอนนอนทำให้รู้สึกไม่สบาย ถ่ายไม่สะดวก เพราะกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ โดยเฉพาะกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักขึ้นในและขึ้นนอก ไม่หย่อนหรือคลายตัวเท่าที่ควร (4) ผู้ป่วยมีความรู้สึกกังวลหรือกลัว เพราะอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ตนเองยังไม่คุ้นเคยหรืออยู่ในสถานที่ที่ไม่มีทัศนียภาพขณะถ่ายอุจจาระหรือเกิดความกลัวว่าจะเกิดอันตรายหากต้องใช้แรงเบ่งอุจจาระ (5) การรับประทานอาหารและดื่มน้ำน้อยลงร่วมกับอาหารที่รับประทานมีกากน้อยหรือไม่มีเลย ลำไส้จะไม่มีการกระตุ้นจึงเป็นผลทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ใหญ่มีน้อยลงและไม่รุนแรงพอที่ผลักดันให้อุจจาระเคลื่อนสู่ทวารหนักได้ตามปกติ

5. ผลกระทบต่อผิวหนัง ผลจากการนอนพักในเตียงโดยไม่มีการเคลื่อนไหว ร่างกาย มีโอกาสทำให้เกิดแผลกดทับได้ โดยเฉพาะบริเวณที่มีปุ่มกระดูกยื่นเพราะแรงกดจากภายนอก ทำให้เส้นเลือดถูกกดเกิดการไหลเวียนเลือดไม่ดี (สันทม เศรษฐกร, 2531)

สมคิด รักษาสิทธิ์ (2531) กล่าวถึงเหตุผลเสริมที่ทำให้เกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว คือ (1) ภาวะการขาดความต้านทานของผิวหนังต่ำ ผิวหนังจะแตกปริ และเป็นแผลได้ง่าย เมื่อถูกแรงเสียดสี (2) ผู้ป่วยมีน้ำหนักร่างกายมากกว่าปกติทำให้มีแรงกดเพิ่มมากยิ่งขึ้น การช่วยตัวเองอยู่ในขอบข่ายจำกัด (3) ผู้ป่วยที่ร่างกายขาดวิตามินซี ซึ่งมีผลทำให้เส้นโลหิตฝอยเปราะฉีกขาดได้ง่าย (4) ร่างกายขาดความสมดุลของการสังเคราะห์โปรตีน (negative nitrogen balance) เป็นผลทำให้ร่างกายไม่สามารถซ่อมแซมเซลล์ผิวหนังและเนื้อเยื่อชั้นใต้ผิวหนังถูกทำลายได้ (5) ผู้ป่วยมีน้ำหนักร่างกายน้อยหรือผอม เมื่อได้รับแรงกดเพียงเล็กน้อยก็จะทำให้เกิดแผลที่ผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกได้ง่าย เพราะไม่มีเนื้อเยื่อไขมันระหว่างชั้นผิวหนังกับกระดูกที่จะช่วยรับหรือเฉลี่ยแรงกดบนผิวหนังส่วนนั้น (6) ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตจากการที่ระบบประสาทถูกทำลายทำให้ไม่สามารถรับส่งความรู้สึกใด ๆ ได้ ดังนั้นจึงไม่มีโอกาสจะรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ และ (7) เหตุผลอื่น ๆ ที่ทำให้ผิวหนังแห้งหลุดลอกได้ง่าย

6. ผลกระทบต่อทางเดินอาหาร การนอนไม่เคลื่อนไหวมักจะทำให้ความรู้สึกหิวลดลงเพื่ออาหาร การย่อยและการดูดซึมไม่ดี มีผลต่อการเผาผลาญอาหารในร่างกาย โดยเฉพาะโปรตีน การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้ช้าลง ทำให้ท้องอืดแน่น นอกจากนี้

จะมีผลทำให้การเผาผลาญอาหารผิดปกติ ความสมดุลของแร่ธาตุในร่างกายเปลี่ยนแปลงไป การผลิตฮอร์โมนเปลี่ยนไปมีเหงื่อออกมาก พลังงานลดลง อัตราการเผาผลาญลดลง เกิดการสูญเสียแร่ธาตุและอิเล็กโทรไลต์

7. ผลกระทบต่อจิตสังคม การนอนหลับคนเดียวเป็นเวลานานไม่เพียงแต่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและบุคลิกภาพของบุคคลเท่านั้น ยังทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล เบื่อหน่าย รำคาญ ซึมเศร้า ความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ลดลง อารมณ์ตึงเครียด ปัญหาเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การสูญเสียบทบาทและกิจกรรมเดิมของตน ต้องแยกมาจากสิ่งแวดล้อมเดิม ขาดการติดต่อกับผู้รักใคร่และสังคมมีเวลามากที่จะครุ่นคิดในเรื่องเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนตลอดเวลา จะทำให้ภาวะด้านจิตใจเสื่อมถอยเพิ่มความเครียดทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจมากขึ้น

การที่ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกต้องนอนรักษาอยู่บนเตียงนาน ๆ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะ และระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ดังที่กล่าวมา จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น หรืออาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย การฟื้นฟูสภาพจึงเป็นการช่วยเหลือบุคคลหรือผู้ป่วยให้มีความสามารถในการปรับฟื้นคืนสภาพ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม การประกอบอาชีพและภาวะเศรษฐกิจ ให้กลับคืนสู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติให้ได้มากที่สุด ทั้งนี้เพื่อช่วยให้บุคคลนั้น ๆ สามารถดำรงชีวิตต่อไปในสังคมได้อย่างมีความสุข (สุนทรี ภาณุทัต, 2528) และการฟื้นฟูสภาพมีเป้าหมาย 2 ด้าน คือ (1) ด้านการป้องกัน (prevention) หมายถึง การคงไว้ซึ่งความสามารถของอวัยวะต่าง ๆ ในการทำหน้าที่ตามปกติ ทั้งนี้เพื่อป้องกันการเสื่อมโทรมของอวัยวะที่ไม่ได้บาดเจ็บหรือพิการและหมายถึงการป้องกัน ไม่ให้อวัยวะต่าง ๆ บาดเจ็บหรือมีความพิการมากขึ้นกว่าเดิม (2) ด้านการปรับฟื้นคืนสภาพ (restoration) หมายถึง การปรับฟื้นคืนสภาพหรือการเสริมสร้างความสามารถในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ที่บาดเจ็บหรือพิการให้กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนการเจ็บป่วยให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะกระทำได้ และยิ่งกล่าวว่าเป้าหมายการฟื้นฟูสภาพจะเกิดประโยชน์สูงสุดก็ต่อเมื่อพยาบาล และบุคลากรในทีมสุขภาพตระหนักว่าการฟื้นฟูสภาพเป็นกระบวนการที่จะต้องเริ่มต้นตั้งแต่ ผู้ป่วยเริ่มมีอาการบาดเจ็บหรือได้รับอุบัติเหตุหรือในระยะเริ่มแรกของความพิการ ซึ่งถ้าไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องจะเป็นผลทำให้เกิดความพิการมากขึ้น

เรื่อย ๆ และความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการพยาบาลฟื้นฟูสภาพควรถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาลพื้นฐานมากกว่าจะถือว่าเป็นการพยาบาลเฉพาะทาง

ดังนั้นเป้าหมายสำคัญของการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยคัดลยกรรม กระดูกที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว คือมุ่งให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพราะการขาดความรู้ความเข้าใจและวิธีปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่เช่น ไม่ทราบวิธีการเคลื่อนไหวร่างกาย การออกกำลังกายหรือการบริหารร่างกายจะทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมการดูแลตนเองลดลงกว่าปกติและมีผลทำให้ผู้ป่วยขาดการดูแลตนเองได้ (สุภาณี วคินอมร, 2531)

การปฏิบัติตนและการดูแลตนเอง ที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลสุขภาพนั้นจะมีความหมายใกล้เคียงกัน ซึ่งมีผู้ที่กล่าวถึงเรื่องการปฏิบัติและการดูแลตนเองดังนี้

อารีรัตน์ ชำอยู่ (2533) ได้สรุปว่า การดูแลตนเองเน้นการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ซึ่งบุคคลได้ริเริ่มกระทำด้วยตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองของบุคคลที่เกิดขึ้นเพื่อดำรงรักษาไว้ซึ่งชีวิต และพิชย์ (Phipps, 1983) กล่าวว่า การดูแลตนเองหมายถึงสิ่งต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อช่วยลดปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดจากโรค

พวงทิพย์ ชัยนิบาลสฤณี (2520) กล่าวว่าคือ การปฏิบัติตนของมนุษย์ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ชนิดคือ

1. การปฏิบัติตนในภาวะที่ร่างกาย จิตใจ ปกติสมบูรณ์ ได้แก่ การดูแลความสะอาดของร่างกายโดยทั่วไป การอาบน้ำ การแปรงฟัน การหวีผม การรับประทานอาหารด้วยตนเอง การปรุงอาหาร การออกกำลังกาย และการขับถ่าย เป็นต้น

2. การปฏิบัติตนในภาวะที่ร่างกาย จิตใจ ได้รับการกระทบกระเทือน เช่น การเจ็บป่วยเป็นโรค ร่างกายเสื่อมสมรรถภาพ ได้รับอุบัติเหตุ และเมื่อร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์และสังคม การปฏิบัติตนชนิดนี้พยาบาลมีบทบาทอย่างมากในการส่งเสริมและสนับสนุน

จึงสรุปได้ว่าการปฏิบัติตนเป็นการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง ทั้งในภาวะที่ร่างกายปกติสมบูรณ์และเกิดการเจ็บป่วย เพื่อสนองตอบต่อตามความต้องการการดูแลสุขภาพตนเองของบุคคล ดังนั้นการปฏิบัติตน และการดูแลตนเอง ในระบบการดูแลสุขภาพ จึงมีความหมายเดียวกัน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วย

เรมวาล นันท์ศุภวัฒน์ (2524) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่แผนก ผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า เพศและอายุไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ส่วนระดับการศึกษารายได้ครอบครัว และระยะเวลาของการศึกษาและความรู้เรื่องโรคเบาหวานนั้น กับระดับการดูแลตนเองซึ่งมีความสอดคล้องเพียงบางส่วนกับ ศิริวรรณ ตันนุกูล (2526) ที่ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร คัดสรร กับระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีอาการเนปโฟรติก พบว่า เพศ อายุ และระยะเวลาในการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วย คลิเมนต์ (Climent, 1986) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้กับการปฏิบัติตนดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในเด็ก พบว่า ระดับความรู้กับการปฏิบัติตนดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ในทางบวก ส่วนอายุ เพศ และระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่สามารถทำนายระดับการปฏิบัติตนดูแลตนเองได้

อารีรัตน์ ชำอยู่ (2533) ได้วิเคราะห์ระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยอัลไซเมอร์ กระดูกระยะพักฟื้นในกรุงเทพมหานครพบว่ากลุ่มอายุ 20-40 ปี มีทักษะการดูแลตนเองแตกต่างจากกลุ่มอายุ 41-60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01 โดยกลุ่มอายุ 20-40 ปีมีการดูแลตนเองสูงกว่า และตัวอย่างประชากรที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีค่าเฉลี่ยระดับการดูแลตนเองด้านทักษะการดูแลตนเองต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ นวลจันทร์ เจริญวานิช (2531) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพกับการร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจวายเลือดคั่ง พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการร่วมมือในการรักษา

การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค แม้ว่าบุคคลจะตระหนักดีถึงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมป้องกันโรคและความเจ็บป่วยจะยังไม่เกิดขึ้นถ้าบุคคลนั้นไม่เชื่อว่าจะทำให้ได้รับอันตรายต่อร่างกายหรือ กระทบกระเทือนฐานะทางสังคมซึ่งมีความหมายไปในด้านความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อความรุนแรงของโรค (Milton, 1970) แรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของความรุนแรงของโรค เมื่อความเชื่อเปลี่ยนไปในทางบวก จะเป็นผลให้ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำมากขึ้น ถ้าผู้ป่วยไม่มีความตั้งใจปฏิบัติถึงแม้จะมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงความรุนแรงของโรคและประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำอาจทำให้เกิด

ความท้อแท้หมดกำลังใจได้ (อรวรรณ ปราสาทสุวรรณ, 2531) และแรงจูงใจเป็นแรงขับพื้นฐานหรือแหล่งพลังงานที่จะตั้งจุดมุ่งหมาย และมีการปฏิบัติที่จะนำไปสู่จุดมุ่งหมายและแสดงถึงความต้องการของมนุษย์ที่ต้องการตัดสินใจด้วยตนเองในการมีปฏิสัมพันธ์และปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม (Cox, 1985)

จากที่กล่าวมา ผู้วิจัยสรุปปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยดังนี้

1. เพศ มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วย (อารีรัตน์ ชำอยู่, 2533; เรมवल นันทคุุณวัฒน์, 2524; ศิริวรรณ ตันตินิกุล, 2526; Climent, 1986, และ นวลจันทร์ เครือวานิช, 2531)
2. อายุ มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วย (เรมवल นันทคุุณวัฒน์, 2524 ; ศิริวรรณ ตันตินิกุล, 2526; และนวลจันทร์ เครือวานิช, 2531)
3. ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วย (เรมवल นันทคุุณวัฒน์, 2524; และอารีรัตน์ ชำอยู่, 2533)

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาลในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว พยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มแรก ดังนั้นจึงควรเป็นผู้ที่ริเริ่ม ส่งเสริมสนับสนุน แนะนำแนวทางเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติได้มีโอกาสปฏิบัติด้วยตนเองได้มากที่สุด ซึ่งการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับระบบต่าง ๆ ของร่างกาย มีดังนี้

1. ระบบการหายใจ ปัญหาภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจของผู้ป่วยจำกัดการเคลื่อนไหว ส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่ป้องกันได้ เป้าหมายสำคัญคือให้ทรวงอกและปอดขยายให้เต็มที่ ให้กล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการหายใจได้มีการเคลื่อนไหวและสามารถทำหน้าที่ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ และลดการสะสมของน้ำเมือกในหลอดลมในระดับที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อการทำหน้าที่ของปอด และผู้ป่วยต้องปฏิบัติดังนี้

- 1.1 ผู้ป่วยที่รู้สึก หรือผู้ป่วยที่สามารถช่วยตนเองได้บ้าง นอกจากจะให้พลิกตัวหรือเปลี่ยนท่านอน ควรให้ผู้ป่วยนอนศีรษะและลำตัวสูงขึ้น ถ้าไม่มีข้อห้าม ให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึก ๆ และแรง ๆ หลาย ๆ ครั้ง โดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง และเมื่อต้องการให้อากาศเข้าเพื่อขับเสมหะออก ให้ผู้ป่วยสูดหายใจเข้าเต็มที่ หยุดกลั้นสักครู่แล้วไอออกมาแรง ๆ ทำวันละ 2-3 ครั้งหรือ

มากกว่านั้นหากสภาพและอาการของผู้ป่วยไม่เป็นอุปสรรค การให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึก ๆ และแรง การกระตุ้นให้ไอ อาจต้องยกเว้นในผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจ เพราะอาจทำให้หัวใจทำงานมากกว่าปกติ และนำไปสู่ภาวะหัวใจวายได้

1.2 กรณีไม่มีข้อห้าม ผู้ป่วยควรได้รับน้ำอย่างเพียงพอ เพื่อรักษาความชุ่มชื้นของเนื้อเยื่อของผิวหนัง และช่วยไม่ให้น้ำเมือกในปอดมีลักษณะเหนียวข้นเกินไป

2. ระบบการไหลเวียน การที่เซลล์ของเนื้อเยื่อต่าง ๆ ของร่างกายจะได้รับออกซิเจน และอาหารพร้อมด้วยแร่ธาตุที่จำเป็นสำหรับกระบวนการเผาผลาญ และจะสามารถนำของเสียอันเป็นผลของการเผาผลาญอาหารออกจากร่างกายนั้น ย่อมขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพการทำงานของระบบการไหลเวียนของโลหิต ซึ่งประกอบด้วย หัวใจเส้นเลือดและแรงดันเลือด เป็นปัจจัยสำคัญ โดยทางสรีรวิทยาการทำงานขององค์ประกอบทั้งสามประการนั้นอาจเปลี่ยนแปลงไปจากปกติได้เนื่องจากการทำงานของระบบประสาท ของระบบต่อมไร้ท่อจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางเคมีในร่างกายและผลจากการออกกำลังกายได้การออกกำลังกายเป็นภาวะที่ทำให้กล้ามเนื้อหดตัว หากปฏิบัติโดยต่อเนื่องและสม่ำเสมอจะช่วยเพิ่มความทนทานและประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจและการขยายและการหดตัวของเส้นโลหิตได้ นอกจากจะให้ผลดีต่อร่างกายแล้ว ในแง่ของจิตใจถ้าปฏิบัติเป็นประจำจะช่วยลดความตึงเครียด และช่วยให้เกิดความรู้สึกกระปรี้กระเปร่าได้ เมื่อเห็นว่าผู้ป่วยต้องนอนและถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ฉะนั้นผู้ป่วยก็ควรตระหนักควรมีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับระบบการไหลเวียนดังนี้

2.1 กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายหรือเปลี่ยนท่านอน หรือทำกิจกรรมบางอย่างด้วยตนเองเท่าที่จะสามารถทำได้ เริ่มด้วยการเปลี่ยนท่านอน จากท่านอนราบเป็นนอนศีรษะสูงเล็กน้อยพอเกิดความเคยชินจึงให้ลุกขึ้นนั่งเองช้า ๆ แล้วจึงให้ทำกิจกรรมเพิ่มขึ้น การให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวเป็นขั้นตอนนี้จะช่วยให้ร่างกายสามารถปรับสภาพได้

2.2 จัดท่านอนโดยไม่ให้ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายถูกกดทับนานเกินไป เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายของเส้นโลหิตหรือป้องกันมิให้การไหลเวียนโลหิตถูกสกัดกั้น การจัดท่านอนให้ผู้ป่วยนอนตะแคงเพื่อป้องกันมิให้เกิดปัญหาดังกล่าว ก็โดยจัดให้ขาทั้งสองข้างวางเหลื่อม

กันพร้อมกับใช้หมอนที่ไม่แข็งนักรองรับน้ำหนักของขาไว้

2.3 ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมาก ๆ หากไม่มีข้อห้ามอื่นใด เพื่อช่วยลดปัญหาความหนืดของโลหิตและเป็นการแก้ปัญหาร่างกายขาดน้ำด้วย

2.4 ผู้ป่วยที่นอนอยู่เฉย ๆ โดยมีได้ทำกิจกรรมหรือมีการเคลื่อนไหวใด ๆ เลยนั้น โอกาสที่โลหิตจับตัวเป็นก้อนย่อมมีมาก อาการแสดงเริ่มแรกที่จะสังเกตได้คือ รู้สึกเจ็บบริเวณกล้ามเนื้อรู้สึกเจ็บเมื่อกดหรือบีบซึ่งแสดงให้เห็นถึงการอักเสบของเส้นโลหิตดำ และโลหิตเริ่มจับเป็นก้อนเป็นก้อนในกรณีนี้ไม่ควรทำการนวดกล้ามเนื้อบริเวณนั้น ๆ

2.5 ให้ผู้ป่วยเกร็งกล้ามเนื้อในขณะที่นอน เพื่อฝึกกล้ามเนื้อให้หดตัวคลายตัวหรือให้ยก แขน ขา เท่าที่สามารถทำได้ ให้ทำวันละหลาย ๆ ครั้ง และกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตและช่วยให้โลหิตดำกลับสู่หัวใจเป็นปกติ

3. ระบบกล้ามเนื้อและกระดูกกลไกทางร่างกายและการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายจะเกิดขึ้นได้ย่อมขึ้นอยู่กับการทำงานที่ประสานสอดคล้องของกระดูก ระบบประสาทกล้ามเนื้อและข้อกระดูกเป็นที่ยึดของกล้ามเนื้อ เป็นอวัยวะที่ช่วยปกป้องเนื้อเยื่อและอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายช่วยให้ร่างกายเคลื่อนไหวได้โดยการทำงานประสานกับกล้ามเนื้อและข้อ ส่วนของระบบประสาทมีหน้าที่ในการรับส่งความรู้สึกและทำให้กล้ามเนื้อหดตัวเกิดการเคลื่อนไหวขึ้น การจำกัดการเคลื่อนไหวไม่ว่าด้วยเหตุใด ย่อมส่งผลต่อการทำงานของกล้ามเนื้อและข้อ คือกล้ามเนื้ออ่อนแรง ปัญหาข้อติดแข็งซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ แต่สามารถป้องกันได้ด้วยหลักและวิธีการดังต่อไปนี้

3.1 ช่วยให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมบางอย่างได้ทันทีที่ผู้ป่วยมีความพร้อมด้านร่างกายและด้านจิตใจในระดับหนึ่งที่จะสามารถทำได้ โดยให้เริ่มปฏิบัติแต่น้อยในระยะเริ่มต้นแล้วค่อย ๆ ขยายขอบข่ายกิจกรรมให้เพิ่มมากขึ้น

3.2 ทำการฝึกกล้ามเนื้อและข้อใหม่ เพื่อให้เกิดความยืดหยุ่น ความแข็งแรงและความทนทานต่อการทำหน้าที่ได้เป็นปกติ อันจะช่วยให้การทรงตัว การเคลื่อนไหวในกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับการควบคุมความสมดุลย์ของร่างกายขณะทำการเคลื่อนไหวเป็นไปได้อย่างดีมากที่สุดหลักการสำคัญสำหรับการฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อและข้อ ควรเริ่มจากน้อยไปหามาก จากภาวะที่ผู้ป่วยต้องได้รับความช่วยเหลือโดยสมบูรณ์จากพยาบาล จนกระทั่งสามารถช่วยตนเองและปฏิบัติตามคำแนะนำได้ โดยให้ผู้ป่วยเริ่มเกร็งกล้ามเนื้อน่องโดยการยื่นปลายเท้ากับปลายเตียงนอนหรือแผ่นไม้

กั้นปลายเตียงหรือเกร็งกล้ามเนื้อขณะที่ยืนหรือเกร็งกล้ามเนื้อขาพร้อมทั้งเหยียดขาตรงและยกขึ้นจากที่นอนเล็กน้อยหรือการให้ออกกำลังแขน ใช้ฝ่ามือสองข้างยันกันไว้ในขณะที่เกร็งกล้ามเนื้อแขน การออกกำลังโดยการเกร็งกล้ามเนื้อดังกล่าวสามารถเพิ่มความแข็งแรงและความตึงให้กับกล้ามเนื้อ แต่ความยาวของเส้นใยกล้ามเนื้อไม่เปลี่ยนแปลงเพราะเป็นการออกกำลังโดยไม่มีการเคลื่อนไหวด้วยส่วนนั้นร่วมไปด้วยวิธีดังกล่าวนี้ จะใช้สำหรับฟื้นฟูสภาพของกล้ามเนื้อบางส่วนที่ไม่สามารถฟื้นฟูด้วยวิธีทำให้ข้อเคลื่อนไหวได้ สนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วยให้เคลื่อนไหวหรือใช้กล้ามเนื้อและข้อของทุกส่วนของร่างกายขณะที่ยืนบนเตียง โดยให้ทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

4. ระบบผิวหนัง ผิวหนังเป็นอวัยวะที่ปกคลุมส่วนนอกของร่างกาย เป็นอวัยวะที่มีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพและการดำรงชีวิตของมนุษย์ การเกิดแผลกดทับส่วนใหญ่จะเกิดกับผู้ป่วยที่มีการเคลื่อนไหวในขอบข่ายที่จำกัดมาก และการเกิดเป็นไปได้สูงมากขึ้น ในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวมากและผู้ป่วยที่ไม่สามารถจะเคลื่อนไหวด้วยตัวเองได้ บริเวณที่จะเกิดแผลกดทับได้ง่ายคือบริเวณปุ่มกระดูกต่าง ๆ เพราะผิวหนังเมื่อได้รับแรงกด ก็จะถูกกดติดกับกระดูกทำให้การไหลเวียนโลหิตที่จะเข้าสู่บริเวณนั้นถูกตัดขาด แผลกดทับเป็นปัญหาที่สามารถป้องกันได้เป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วยคือลดแรงกดบนผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกต่าง ๆ ของร่างกาย กระตุ้นให้มีการไหลเวียนโลหิตบริเวณที่รับแรงกด ให้ผู้ป่วยได้รับอาหารน้ำ และแร่ธาตุจำเป็นต่อการซ่อมเสริมเซลล์ของเนื้อเยื่อในการดูแลผิวหนังรอบ ๆ บริเวณแผลกดทับและแผลกดทับเพื่อส่งเสริมการหายของแผล วิธีการปฏิบัติ ในแต่ละเป้าหมาย มีดังนี้

- 4.1 พลิกตัว เปลี่ยนท่านอนทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อมิให้ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายต้องรับน้ำหนักหรือรับแรงกดนานเกินไป
- 4.2 ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ควรจัดให้นอนในท่าราบหรือตะแคงไม่ควรจัดให้อยู่ในท่านั่งหรือครึ่งนั่งครึ่งนอนนานเกินไป
- 4.3 กระตุ้นการไหลเวียนโลหิต โดยเฉพาะผิวหนังและเนื้อเยื่อบริเวณที่ได้รับแรงกดจะช่วยให้เซลล์ของเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจน และอาหารเพิ่มมากขึ้น
- 4.4 ให้ผู้ป่วยได้รับอาหาร น้ำและแร่ธาตุที่จำเป็นต่อการซ่อมเสริมเซลล์ของเนื้อเยื่อที่ถูกทำลาย อาหารโปรตีนเป็นอาหารจำเป็น สำหรับการซ่อมแซมเนื้อเยื่อ ช่วยให้กระบวนการหายของแผลกดทับเป็นไปด้วยดี น้ำช่วยให้ผิวหนังชุ่มชื้น มีแรงต้านทานต่อสิ่งระคาย

เคื่องต่าง ๆ ที่มาสัมผัสกับผิวหนังผู้ป่วยจึงควรได้รับน้ำอย่างเพียงพอ

5. ระบบทางเดินอาหาร การจำกัดการเคลื่อนไหวทำให้ความรู้สึกหิวลดลง เพื่ออาหารการย่อยและการดูดซึมไม่ดี โดยทั่วไปดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารต่าง ๆ และน้ำให้เพียงพอที่สำคัญ คือโปรตีน วิตามิน และน้ำ จัดอาหารให้เหมาะสมกับวัยและสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมการสร้างเสริมเนื้อเยื่อ และความแข็งแรงของร่างกาย

6. ระบบการขับถ่าย ผู้ป่วยที่ต้องนอนอยู่บนเตียงเป็นเวลานานโดยไม่มีการเคลื่อนไหว ย่อมประสบปัญหาเกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะเมื่อใดก็ตามที่มีปัญหาดังกล่าวเกิดขึ้น และปัญหานั้นไม่ได้รับการแก้ไขย่อมทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมา และต้องยอมรับว่าการขับถ่ายเป็นกิจวัตรที่มีความสำคัญต่อสภาวะสุขภาพของมนุษย์ ในการให้การดูแลช่วยเหลือ อาจใช้วิธีใดวิธีหนึ่ง หรือหลาย ๆ วิธีร่วมกันได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัญหาความรุนแรงของปัญหา ความพร้อมของผู้ป่วย และวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติเป็นสำคัญ และการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตนดังนี้

6.1 ช่วยให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหว เปลี่ยนท่านอน ให้ฝึกหายใจลึก ๆ โดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องหรือให้ออกกำลังกายหากไม่มีข้อจำกัดในด้านการรักษาของแพทย์ เพื่อให้กล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้เคลื่อนไหว ได้รับการฝึกฝนกล้ามเนื้อซึ่งจะมีการหดตัวเมื่อทำกิจกรรมซึ่งจะมีผลให้กระบวนการเมตาบอลิซึม และการนำสารอาหารไปใช้เพื่อพลังงานเกิดขึ้น กล้ามเนื้อส่วนที่ควรได้รับการฝึกฝนคือกล้ามเนื้อของท้อง กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน และกล้ามเนื้อบริเวณฝีเย็บ ซึ่งเป็นกล้ามเนื้อที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดแรงดันให้ลำไส้ใหญ่มีการเคลื่อนไหว

6.2 ให้อาหารและน้ำอย่างเพียงพอหากไม่มีข้อห้าม ควรได้รับน้ำไม่น้อยกว่า 2,000 มิลลิลิตร ต่อวัน น้ำจะช่วยละลายสิ่งที่อยู่ในลำไส้ และเป็นตัวละลายและตัวยาสารละลาย อิเล็กโทรไลต์และสารอาหารเข้าสู่ระบบการดูดซึมของร่างกายได้

6.3 ปรับหรือเปลี่ยนเวลาและนิสัยในการรับประทานอาหารเพื่อรักษาหน้าที่ของลำไส้เกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระไว้ โดยการให้ดื่มน้ำอุ่น นม หรือน้ำผลไม้เพื่อกระตุ้นให้ลำไส้เคลื่อนไหว

6.4 แนะนำให้ผู้ป่วยทราบว่าไม่ควรกลั้นปัสสาวะ เมื่อรู้สึกปวดถ่ายปัสสาวะ การกลั้นปัสสาวะไว้จนกระทั่ง กระเพาะปัสสาวะเต็มเป็นเวลานาน จะทำให้กล้ามเนื้อผนังกระเพาะปัสสาวะล้าและไม่หดตัวบีบไล่ปัสสาวะออกเมื่อต้องการถ่าย

6.5 เปลี่ยนท่านอนหรือให้ผู้ป่วยลุกขึ้นช่วยตนเองให้เร็วที่สุดที่จะทำได้

6.6 สอนให้ผู้ป่วยออกกำลังกายกล้ามเนื้อบริเวณผิเย็บ โดยขมิบกกล้ามเนื้อบริเวณดังกล่าววันละหลาย ๆ ครั้ง ซึ่งจะช่วยให้กล้ามเนื้อส่วนนั้นแข็งแรง มีความตึงตัว หดตัวได้เอง และสามารถทำหน้าที่ในการถ่ายปัสสาวะ เป็นปกติต่อไป

7. การดูแลด้านจิตสังคม ผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวและไม่สามารถทำกิจกรรมหรือกิจวัตรต่าง ๆ ได้โดยอิสระ เนื่องจากภาวะความเจ็บป่วย ย่อมทุกข์ใจ คับข้องใจและกังวลใจเพราะรู้สึกว่า ต้องเป็นคนที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ต้องถูกตัดออกจากสังคม ต้องปรับตัวหรือต้องทำอะไรอีกหลายอย่างที่ตนไม่คุ้นเคย ซึ่งการตอบสนองต่อภาวะที่ถูกจำกัดจะแตกต่างกันและความรุนแรงมากน้อยต่างกันไประหว่างผู้ป่วยแต่ละคน ดังนั้นในการดูแลช่วยเหลือจึงต้องคำนึงถึงปัญหาที่มาของปัญหา และคิดหาวิธีการเหมาะสม สำหรับผู้ป่วยเป็นสำคัญ

7.1 ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเครียด ซึ่งอาจเริ่มโดยให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกเมื่อผู้ป่วยพร้อมที่จะให้ ซึ่งเป็นหนทางหนึ่งที่จะช่วยในการประมวลเหตุที่แท้จริงของความเครียดได้ และการให้โอกาสหรือหาโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกหรือบอกปัญหาหรือบอกความคับข้องใจของตนย่อมเป็นทางออกทางหนึ่งที่จะลดความเครียดได้ ผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำหรือความช่วยเหลือให้สามารถบอกภาวะเครียด และเหตุของความเครียด และหลีกเลี่ยงสาเหตุที่อาจก่อให้เกิดอันตราย

7.2 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เพื่อให้รู้สึกมั่นใจที่จะบอกความคิดความรู้สึกของตนกับพยาบาลได้อย่างมั่นใจ ช่วยให้เกิดความรู้สึกว่าเขายังมีผู้ให้ความช่วยเหลือหรือยังเป็นที่ยอมรับให้เวลาที่จะสนทนากับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและด้วยความเห็นใจ เพื่อให้รู้สึกผ่อนคลายพร้อมที่จะระบายความรู้สึก

7.3 รับฟังและยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วยแม้จะเป็นการแสดงออกที่เป็นทางลบด้วยความเห็นใจและสนใจ อาจใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยเงียบ ๆ หากผู้ป่วยไม่ต้องการพูด สังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด หากมีสิ่งดีแสดงว่ามีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรง

7.4 ผู้ป่วยที่รู้สึกพอใจจะติดต่อสื่อสารกันได้ พอลจะช่วยตนเองได้กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลตนเอง หรือการฟื้นฟูสภาพ เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจหรือช่วยเกิดความรู้สึกว่ายังมีความสามารถที่จะทำบางสิ่งบางอย่างได้ด้วยตนเอง และต้องไม่ทำให้เกิด

ความรู้สึกว่าเขาเป็นภาระที่ผู้อื่นต้องดูแล ทั้งนี้เพื่อช่วยให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าสามารถพึ่งตนเองได้ เกิดความภาคภูมิใจ และมีความมั่นใจที่จะตัดสินใจในการแก้ปัญหา หรือกำหนดวิธีการในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

จึงสรุปได้ว่า การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยอัลไซเมอร์กระดูกที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เกี่ยวกับระบบการหายใจ ระบบการไหลเวียน ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ระบบผิวหนัง ระบบทางเดินอาหาร ระบบการขับถ่าย และภาวะจิตสังคม ต้องให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม ในการยินยอม และเห็นด้วยกับวิธีการปฏิบัติ พยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ดังนั้นควรเป็นผู้ริเริ่ม ส่งเสริม สนับสนุน แนะนำแนวทาง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสปฏิบัติตนเองได้มากที่สุด

ความพึงพอใจของผู้ป่วย ในปัจจุบันมีความเปลี่ยนแปลงในสัมพันธภาพระหว่าง ผู้ให้บริการดูแลและผู้รับบริการเกิดขึ้น ในลักษณะที่ว่า ผู้รับบริการได้ถูกดึงให้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น (Eriksen, 1987) และพบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยทำให้ผู้ให้บริการทางสุขภาพรับรู้ว่าคุณภาพประสบความสำเร็จเพียงใด ในการให้บริการ ทำให้ทราบว่า มีความสอดคล้องหรือไม่ระหว่างสิ่งที่ผู้ป่วยคาดหวังกับสิ่งที่ผู้ป่วย ได้รับและประเมินค่าให้ (donabedian, 1980) และมีผู้ให้ความหมายของความพึงพอใจดังนี้

1. ความพึงพอใจคือ ประสบการณ์ที่มีผลจากการประเมินผลในทางบวกหรือการบรรลุความต้องการ และกระบวนการพยาบาลจะเป็นที่พอใจเพียงกับต้องการด้านสุขภาพ ของผู้ป่วย การบรรลุถึงจุดมุ่งหมาย การพยาบาล และสิ่งสุดท้ายจะนำมาสู่ความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาลในกระบวนการดูแล (Derdarian 1990)

2. ความพึงพอใจ คือ ประสบการณ์ที่แตกต่างของบุคคล ที่ตัดสินใจโดยพฤติกรรมของบุคคล ความต้องการที่จะนำสู่ความพึงพอใจเป็นอิทธิพลของคุณภาพการรับรู้และช่วงเวลาที่เกิดขึ้น (borock, 1976)

3. ความพึงพอใจคือ สภาวะของความรู้สึกที่เกิดร่วมกับการได้บรรลุผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมายใด ๆ ก็ได้หรือคือสภาพสุดท้ายของความรู้สึกที่เกิดร่วมกับการได้บรรลุผลสำเร็จโดยแรงกระตุ้นของจุดมุ่งหมายของความรู้สึก (drever, 1983)

จากความหมายที่กล่าวมา ผู้วิจัยสรุปว่าความพึงพอใจต่อการปฏิบัติการพยาบาลคือ ความรู้สึกต่อระดับความสอดคล้อง ของความคาดหวังในการให้การพยาบาล กับการรับรู้ต่อการ

พยาบาลที่ได้รับจริง

ผู้ป่วยที่มีความคาดหวังต่ำ อาจจะไม่แสดงความไม่พอใจเพียงเล็กน้อย แต่เมื่อความคาดหวังสูงขึ้น จนระบบบริการสุขภาพไม่สามารถตอบสนองต่อความคาดหวังของผู้ป่วยได้ จะทำให้ผู้ป่วยมีความไม่พึงพอใจเพิ่มขึ้น (Obert, 1984) และ ริสเซอร์ (Risser, 1975) ได้ทำการวิจัยโดยสร้างแบบสอบถามวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับพบว่า ส่วนที่ไม่พึงพอใจมากที่สุดคือด้านการให้คำแนะนำและแลกเปลี่ยนข่าวสารระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล เพราะผู้ป่วยรู้สึกว่าพยาบาล ให้คำแนะนำหรือคำอธิบายไม่เพียงพอในเรื่องเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ซึ่งผู้ป่วยจะมีความพึงพอใจในด้านความรู้ความสามารถในการให้การพยาบาลสูงกว่า ความพึงพอใจในด้านบุคลิกภาพและสัมพันธภาพของพยาบาลต่อผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ สุวดี ศรีเลขาวิติ และคนอื่น ๆ (2525) ซึ่งพบว่า ด้านความรู้ความชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาลกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลมีกิจกรรมบางส่วนที่ผู้ป่วยยังมองเห็นว่าไม่ดีคือ กิจกรรมเกี่ยวกับการให้คำแนะนำ การตอบคำถาม การชวนพูดคุย เกี่ยวกับโรค การรักษาและการให้คำแนะนำการปฏิบัติตน

ลิตเติลฟีลด์ และคณะ (Littlefield et.al., 1990) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะทางอารมณ์ และความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของหญิงในระยะตั้งครรภ์และในระยะคลอด จากการศึกษาพบว่า ในระยะหลังคลอดผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลลดลง ภาวะซึมเศร้าปานกลาง และความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาวะวิตกกังวล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเลฟฟ์ (Lef, 1990) พบว่ามารดาหลังคลอด ให้ความสำคัญสูงและมีความพึงพอใจในการปฏิบัติการพยาบาลมากในเรื่อง การเรียนรู้การดูแลทารกและการดูแลตนเอง

วรณี สัตยวิวัฒน์ (2531) กล่าวถึงการดูแลด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม ของผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว จากการได้รับการถ่วงน้ำหนักและการเข้าเฝือกปูน สรุปได้ว่า ช่วง 1 สัปดาห์แรกเป็นระยะวิกฤต สำหรับผู้ป่วยต้องปรับตัวเข้ากับสภาพที่แขน ขา ถูกถ่วงน้ำหนักและถูกจำกัดการเคลื่อนไหว อาจมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการนอนหลับ มีภาวะพร่องความรู้สึกระสับกระส่าย หงุดหงิด โกรธง่าย มีความกลัวและความวิตกกังวล การพยาบาลโดยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ ถึงประโยชน์ของการถ่วงน้ำหนัก อุปกรณ์ต่าง ๆ ตลอดจนแผนการรักษาพยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถาม และระบายข้อข้องใจต่าง ๆ ผู้ป่วยต้องการระยะ

เวลาหนึ่งซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล เพื่อปรับตนเองเข้ากับสภาพของสิ่งแวดล้อมไป นอกจากนี้
 นี้ในการให้การพยาบาล ควรให้ผู้ป่วยได้ช่วยตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากที่สุดเพื่อให้
 ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและดำรงบทบาทอิสระของตนได้ ไม่มีความรู้สึกว่าคุณต้องพึ่งผู้อื่น

การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ เป็นวิธีการที่คงไว้ซึ่งสุขภาพกายและใจ โดยใช้เทคนิคพื้นฐาน
 ของการให้การพยาบาลที่จะไปดูแลเรื่องสุขอนามัย และสิ่งแวดล้อม มีการป้องกันความเสื่อม
 สมรรถภาพของร่างกาย ในระบบต่าง ๆ และลดหรือแก้ไขความสูญเสียสมรรถภาพและความพิการ
 ของผู้ป่วย การฟื้นฟูสภาพจะต้องเริ่มต้นให้แก่ผู้ป่วยให้เร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ มีการสอนแนะนำ
 ให้ผู้ป่วยเรียนรู้การฝึกทักษะต่าง ๆ ใหม่ นอกจากนี้พยาบาลจะต้องช่วยนำทักษะต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยได้
 ฝึกมาแล้วให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติขณะที่อยู่บนหรือผู้ป่วย โดยวางแผนสอดแทรกการฝึกทักษะนั้น ๆ เข้าไปใน
 กิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการฟื้นฟูสภาพและพึ่งตนให้ได้มากที่สุด
 พยาบาลจะต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วย มีความหวัง กำลังใจ เชื่อมั่นว่า สามารถกลับสู่สภาวะที่สามารถ
 ช่วยตนเองได้ ทั้งผู้ป่วยและพยาบาลจะต้องใช้เวลาและความอดทน ช่วยให้ผู้ป่วยได้ใช้ความ
 สามารถที่เหลืออยู่สร้างกำลังใจ ตั้งใจที่จะฟื้นฟูสภาพของตน ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรง
 ชีวิตในสังคมได้ดีที่สุด และเร็วที่สุด

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ฮัลบันน์ (Husban, 1988) ได้ทำการประยุกต์ทฤษฎีการพยาบาลของคิง ในการดูแล
 ผู้ป่วยเบาหวานและพบว่า ทฤษฎีการบรรลุจุดมุ่งหมายของคิงสามารถประยุกต์ในการให้การพยาบาล
 ผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้องค์ประกอบของทฤษฎีในขอบข่ายของกระบวนการพยาบาล ปฏิสัมพันธ์
 ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนในการประยุกต์ทฤษฎีครั้งนี้ และเชื่อว่า การ
 ยินยอมดูแลตนเองของผู้ป่วย จะเพิ่มขึ้นโดยการตั้งจุดมุ่งหมายและวางแผนร่วมกัน ระหว่างผู้ป่วย
 และผู้ดูแลสุขภาพ

อารีรัตน์ ชำอยู่ (2533) ได้ทำการวิเคราะห์ ระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วย
 คัลยกรรมกระดูกระยะฟักฟันในกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ป่วยคัลยกรรมกระดูกเคยได้รับความรู้
 และคำแนะนำจากแพทย์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.3 และได้รับคำแนะนำจากพยาบาลเพียง
 ร้อยละ 8.7 ผู้ป่วยคัลยกรรมกระดูกมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง ระดับปานกลางแต่ให้

ความสำคัญต่อการดูแลตนเองระดับสูง และผู้ป่วยที่มีอายุและระดับการศึกษาที่ต่างกัน จะมีความรู้ในการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

มาริสสา ไกรฤกษ์ (2528) ได้ศึกษาผลของการพยาบาลอย่างมีแบบแผนต่อความเครียดในผู้ป่วยเจ็บกระดูกขาและได้รับการดิงถ่วงน้ำหนัก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บกระดูกขาหักจากอุบัติเหตุ และได้รับการรักษาด้วยการดิงถ่วงน้ำหนัก ๗ ตักกายภาพบำบัด โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 30 คน ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผน มีความเครียดโดยรวม ความเครียดด้านการเจ็บป่วย ด้านการจำกัดการเคลื่อนไหว ด้านครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม หลังได้รับการพยาบาลน้อยกว่า ก่อนได้รับการพยาบาล

ผ่องศรี ศรีมรกต (2526) ได้ศึกษาการเผชิญปัญหาและการปรับตัวด้านจิตใจในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยการเลือกกลุ่มแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในแผนกศัลยกรรม อุบัติเหตุ โรงพยาบาลรามารินทร์ จำนวน 76 ราย ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมีการเผชิญปัญหาประเภทแก้ไขตามปัญหา ใช้น้อยกว่าประเภทแก้ไขความรู้สึกทุกข์ และใช้วิธีการยอมรับสภาพความเจ็บป่วยน้อยที่สุด การประเมินปฏิกริยาตอบสนองด้านความรู้สึกต่อการบาดเจ็บ ผู้ป่วยมีความรู้สึกขัดแย้ง วิตกกังวล และกลัวเกิดขึ้นตลอดระยะเวลาที่ศึกษา และเกิดบ่อยครั้งในระยะ 1-2 วันแรก ที่อยู่ในโรงพยาบาล และได้สรุปว่า อุบัติเหตุที่ได้รับมีผลกระทบต่อ การเสียสภาวะสมดุลของจิตใจ เกิดปฏิกริยาในทางบวกได้แก่ ความรู้สึกมีความหวัง และไว้วางใจต่อการได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นปฏิกริยาที่เกิดบ่อยที่สุด และมีเพิ่มขึ้นเมื่อระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น

อินทิมา ศุภสินธ์ (2533) ได้ศึกษาตัวแปรคัดสรร กับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาลในโรงพยาบาลราชวิถี พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมการพยาบาลในระดับพอใจ ($X = 3.93$) และมีความสัมพันธ์ในทางผกผันระดับต่ำ ระหว่างความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาล กับผลต่างของความคาดหวังกับการรับรู้ของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาล ตัวแปรคัดสรรที่สามารถทำนายความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ รายได้ของครอบครัว การรับรู้ของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาล และระยะเวลาในการอยู่ในโรงพยาบาล

บราเดน (Braden, 1990) ได้ทำการทดสอบแบบจำลองการช่วยเหลือตนเองต่อการตอบสนองการเรียนรู้ในผู้ป่วยเรื้อรัง รูปแบบการช่วยเหลือตนเองถูกนำมาทดสอบกับผู้ป่วยโรคข้ออักเสบจำนวน 396 ราย และพบว่า ระบบนี้เลี้ยงสามารถทำนายทักษะความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ทักษะความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง สามารถทำนายการช่วยเหลือตนเอง และการช่วยเหลือตนเองมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความพึงพอใจของผู้ป่วย และให้ข้อเสนอแนะว่า การส่งเสริมให้ผู้ป่วยพึ่งพาตนเอง และลดการพึ่งพาจากครอบครัวและสถานบริการ จะเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติการพยาบาลที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้เหมาะสม

เกอเบอร์ (Gerber, 1985) ได้ศึกษาการสูญเสียการควบคุมโดยการสร้างและทดสอบแบบจำลองทฤษฎีการยอมรับการควบคุมของผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาล การควบคุมนี้หมายถึงอิสระ ทางเลือกตามปกติ หรืออิทธิพลที่มีต่อวัตถุประสงค์ กิจกรรมและปฏิสัมพันธ์ทางสังคมภายในระยะห่างรอบตัว (space) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยคล้ายกรรมกระดูก เพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 18-79 ปี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีการยอมรับการควบคุมลดลงในภาวะจิตกังวล และมีความพึงพอใจน้อยเมื่อถูกควบคุม

เทลเลอร์และเจเดน (Taylor and Geden, 1989) ได้ศึกษาแบบของการปฏิสัมพันธ์ของแพทย์และพยาบาลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วย โดยการให้ถ่ายทำเทปโทรทัศน์ในการเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาล จำนวน 42 คน แพทย์ จำนวน 85 คน ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยมากที่สุด จำนวน 906 ราย ผลการศึกษาพบว่าทั้งพยาบาล และแพทย์ใช้รูปแบบของคำสั่งกับผู้ป่วยมากที่สุด คือ ร้อยละ 51 รูปแบบ ชี้แจงในสิ่งที่กระทำโดยไม่ให้ผู้ผู้ป่วยมีโอกาสเลือกร้อยละ 16 ให้ผู้ป่วยมีสิทธิในการตัดสินใจร้อยละ 9 ใช้ทั้งสามรูปแบบ ร้อยละ 5 และใช้รูปแบบอื่นร้อยละ 18

จากการศึกษาของ อ่ำไผ่ ยุติธรรม (2526) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพของการพยาบาลตามความคิดเห็นของผู้ป่วย กับระดับความแตกต่างของการให้อันดับความสำคัญในกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยและพยาบาล โดยกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาเป็นผู้ป่วยใน ของแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรมโรงพยาบาลรามาริบัติ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีความคิดเห็นต่อคุณภาพการพยาบาลที่ได้รับส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ดี ส่วนที่ผู้ป่วยเห็นว่า คุณภาพอยู่ในเกณฑ์ไม่น่าพอใจ และ

ไม่ได้เป็นกิจกรรมที่พยาบาลต้องแสดงออกโดยการสนทนาคู่คุยกับผู้ป่วย เช่น การรับฟังคำบอกเล่า บ่น หรือปรับทุกข์ การให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาพยาบาลตนเอง ตลอดจนการอธิบายให้ผู้ป่วยทราบล่วงหน้าถึงการตรวจวินิจฉัยหรือการรักษาพยาบาล การอธิบายถึงสาเหตุของอาการที่เป็นอยู่รวมทั้งการให้คำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย และให้ข้อเสนอแนะว่าพยาบาลควรจะต้องให้โอกาสและเวลาแก่ผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพูดคุย บอกเล่า และปรับทุกข์ โดยในแต่ละวันผู้ป่วยควรจะได้มีโอกาสพูดคุยกับพยาบาลในลักษณะที่ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึก และความคิดเห็นของตนเองอย่างเสรี

สุรชาติ ฅ หนองคาย (2526) ได้ศึกษาสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่บริการของโรงพยาบาล ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลรามารับดี พบว่า เพศ และอาชีพของผู้ป่วยไม่มีผลต่อความแตกต่างทางสถิติต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงมีสัมพันธภาพกับเจ้าหน้าที่บริการของโรงพยาบาลดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำและผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง มีสัมพันธภาพกับเจ้าหน้าที่บริการของโรงพยาบาลดีกว่าผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ผู้ป่วยที่อายุน้อยมีสัมพันธภาพกับเจ้าหน้าที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก ประสิทธิภาพการรักษาในโรงพยาบาลมีผลต่อความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องการรับรู้ การสื่อสาร และผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพการรักษาในโรงพยาบาลมีสัมพันธภาพกับเจ้าหน้าที่บริการของโรงพยาบาลดีกว่าผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพในการมารักษาในโรงพยาบาล

ผลที่คาดว่าจะได้รับเมื่อใช้ทฤษฎีการพยาบาลของคิง

การนำทฤษฎีการบรรลุจุดมุ่งหมายของคิงมาปฏิบัติในกระบวนการพยาบาล ที่ให้แก่ผู้ป่วย ศัลยกรรมกระดูกที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว จะเป็นการสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ทำให้พยาบาลสามารถประเมินปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ซึ่งจะสามารถช่วยลดความเครียดที่ได้รับจากตัวกระตุ้นความเครียด ในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งจะมีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจต่อการปฏิบัติ การพยาบาล