



เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัย เรื่อง ผลการสอนอย่างมีแบบแผนและการใช้คู่มือการเรียนรู้อย่างตนเองต่อภาพลักษณ์ ความรู้และการปฏิบัติตน เพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจาก ตำรา เอกสารต่าง ๆ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้รวบรวมนำเสนอโดยกำหนดหัวข้อดังนี้ การเรียนรู้ การสอนผู้ป่วย แนวคิดเกี่ยวกับการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสอนผู้ป่วย ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยกระดูกหัก แนวคิดของภาพลักษณ์ การพยาบาล เพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก

การเรียนรู้

ตลอดชีวิตของบุคคลย่อมต้องมีการเรียนรู้เกิดขึ้นอาจเป็นการเรียนรู้ด้วยตนเองหรือได้รับการสอนจากบุคคลอื่น การเรียนรู้ทำให้บุคคลสามารถพัฒนาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เป็นการช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้และสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุข

ลอรี (Loree 1965:99) กล่าวว่า การเรียนรู้หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่ค่อนข้างจะถาวร ซึ่งเกิดขึ้นอันเป็นผลสืบเนื่องมาจากประสบการณ์และการได้ลงมือปฏิบัติ

เชียรศรี วิวิธสิริ (2530:54) ให้ความหมายของการเรียนรู้ไว้ว่า เป็นกระบวนการที่บุคคลได้เจริญงอกงามขึ้นทั้งทางร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา เป็นการพัฒนาบุคคลให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุขในสังคม หรือเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอันเป็นผลมาจากประสบการณ์

วิกิ ดัฒนทวาท (2528:3) กล่าวว่า การเรียนรู้ เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ จิตภาพ สังคม และวัฒนธรรม ผลอันเกิดจากการปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องนี้จะก่อให้เกิดหรือพัฒนาพฤติกรรมบางอย่าง พฤติกรรมที่เกิดขึ้นนี้ อาจเป็น

พฤติกรรมทางบวก และพฤติกรรมทางลบ ดังนั้นการเรียนรู้ในทางบวกจึงมีส่วนสนับสนุนให้ความสัมพันธ์หรือการปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อมเป็นไปได้อย่างราบรื่น ในขณะที่การเรียนรู้ในทางลบจะส่งผลให้พฤติกรรมที่เกิดขึ้นเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม

คราวและคราว (L.D. Crow and A.Crow 1963:1) ได้ให้ความหมายของการเรียนรู้ว่า เป็นเรื่องเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงอันเกี่ยวข้องกับการสร้างนิสัย ความรู้และเจตคติต่าง ๆ ซึ่งจะทำให้บุคคลสามารถปรับปรุงตนเองตามความปรารถนาและปรับปรุงตนเองให้เข้ากับสังคมได้

เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงเป็นส่วนสำคัญของการเรียนรู้ ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า การเรียนรู้คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลทั้งทางด้านความรู้ ทักษะหรือความรู้สึกรูปแบบต่าง ๆ และทักษะ โดยเป็นผลสืบเนื่องมาจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม

ทฤษฎีการเรียนรู้

ทราซี รามสูต (2528:95) ได้กล่าวถึงทฤษฎีการเรียนรู้แบบต่อเนื่องของธอร์นไดค์ (Thorndike's Connectionism) ซึ่งประกอบด้วยกฎการเรียนรู้ 3 กฎคือ

กฎแห่งความพร้อม (Law of Readiness) มีความสำคัญคือ เมื่อบุคคลมีความพร้อมที่จะเรียนหรือกระทำกิจกรรมใด ๆ ถ้าได้เรียนหรือกระทำสมความปรารถนา บุคคลจะเกิดความพึงพอใจ แต่ถ้ามีความพร้อมแล้วไม่ได้เรียนหรือกระทำบุคคลจะเกิดความรำคาญใจหรือคับข้องใจ และถ้าบุคคลยังไม่พร้อมที่จะกระทำสิ่งใดแล้วถูกบังคับให้เรียนหรือกระทำบุคคลจะเกิดความไม่พอใจหรือคับข้องใจ

กฎแห่งการฝึกหัด (Law of Exercise) ประกอบด้วย 2 กฎย่อยคือ กฎแห่งการใช้ (Law of Use) หมายถึง การกระทำใด ๆ หรือพฤติกรรมใด ๆ ก็ตาม ถ้าบุคคลกระทำอยู่เสมอไม่ทิ้งช่วงห่างนาน ความคล่องแคล่วความชำนาญในการกระทำนั้น ๆ จะยิ่งมีเกิดขึ้น กฎแห่งการไม่ได้ใช้ (Law of Disuse) หมายถึงการกระทำใด ๆ ก็ตามถ้าทิ้งช่วงไปนานหรือถ้าทอดทิ้งละเลยไปนานการกระทำนั้นแม้จะไม่ได้ออกผลเหมือนเดิม

กฎแห่งผล (Law of Effect) มีประเด็นสำคัญว่าการกระทำใด ๆ หรือพฤติกรรมใดก็ตามที่ได้ผลเป็นที่น่าพึงพอใจบุคคลมักมีแนวโน้มจะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ซ้ำอีก เมื่อได้ปะทะกับสิ่งเร้าเดิม การกระทำหรือพฤติกรรมใดก็ตามแล้วได้ผลไม่น่าพึงพอใจบุคคลมีแนวโน้มจะหลีกเลี่ยงไม่กระทำพฤติกรรมนั้นอีก

โนลส์ (Knowles อ้างถึงใน สุวัฒน์ วัฒนวงศ์ 2529 :224-225) ได้สรุปพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่สมัยใหม่ (Modern Adult Learning Theory) ซึ่งมีสาระสำคัญดังนี้

1. ความต้องการและความสนใจ (Needs and Interests) ผู้ใหญ่จะถูกชักจูงให้เกิดการเรียนรู้ได้ดี ถ้าหากว่าตรงกับความต้องการและความสนใจในประสบการณ์ที่ผ่านมาเขาก็จะเกิดความพึงพอใจ เพราะฉะนั้นควรจะมีการเริ่มต้นในสิ่งเหล่านี้ได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะการจัดกิจกรรมทั้งหลาย เพื่อให้ผู้ใหญ่เกิดการเรียนรู้นั้นจะต้องคำนึงถึงสิ่งนี้ด้วยเสมอ
2. สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตผู้ใหญ่ (Life Situations) การเรียนรู้ของผู้ใหญ่จะได้ผลดี ถ้าหากถือเอาตัวผู้ใหญ่เป็นศูนย์กลางในการเรียนการสอน (Life-Centered) ดังนั้นการจัดหน่วยการเรียนรู้ที่เหมาะสมเพื่อการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ควรจะยึดถือสถานการณ์ทั้งหลายที่เกี่ยวข้องกับชีวิตผู้ใหญ่เป็นหลักสำคัญ มีชีวิตเนื้อหาวิชาทั้งหลาย
3. การวิเคราะห์ประสบการณ์ (Analysis of Experience) เนื่องจากประสบการณ์เป็นแหล่งการเรียนรู้ที่มีคุณค่ามากที่สุดสำหรับผู้ใหญ่ ดังนั้นวิธีการหลักสำหรับการศึกษาคือการวิเคราะห์ถึงประสบการณ์ของผู้ใหญ่แต่ละคนอย่างละเอียด ว่ามีส่วนไหนของประสบการณ์ที่จะนำมาใช้ในการเรียนการสอนได้บ้าง แล้วจึงหาทางนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อไป
4. ผู้ใหญ่ต้องการเป็นผู้นำตนเอง (Self-Directing) ความต้องการที่อยู่ในส่วนลึกของผู้ใหญ่คือ การมีความรู้สึกต้องการที่จะสามารถนำตนเองได้ เพราะฉะนั้นบทบาทของครูจึงควรอยู่ในกระบวนการสืบหาหรือค้นหาคำตอบร่วมกันกับผู้เรียน (Mutual Inquiry) มากกว่าการทำหน้าที่ส่งผ่านหรือเป็นสื่อสำหรับความรู้ แล้วทบทวนที่ประเมินผลว่าเขาคล้อยตามหรือไม่เพียงเท่านั้น
5. ความแตกต่างระหว่างบุคคล (Individual Difference) ความแตกต่างระหว่างบุคคลจะมีเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ในแต่ละบุคคล เมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น เพราะฉะนั้นการสอนผู้ใหญ่จะต้องจัดเตรียมการในด้านนี้อย่างดีพอ เช่น รูปแบบของการเรียนการสอน (Style) เวลา

ที่ใช้ทำการสอน สถานที่สอน และประการสำคัญคือ ความสามารถในการเรียนรู้ในแต่ละขั้นของผู้ใหญ่ ย่อมเป็นไปตามความสามารถของผู้ใหญ่แต่ละคน (Pace of Learning)

หลักและประเภทของการเรียนรู้

การเรียนรู้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นกับมนุษย์ตลอดชีวิต การเรียนรู้ของมนุษย์มีหลายรูปแบบ และมีขอบข่ายกว้างขวางมาก มนุษย์จะเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ จากสภาพการดำรงชีวิต สภาพแวดล้อม สังคมที่มนุษย์เกี่ยวข้อง เรียนรู้กฎเกณฑ์ เรียนรู้เพื่อการแก้ปัญหาต่าง ๆ ทุกคนเกิดมาต้องมีการเรียนรู้ อาจเป็นการเรียนรู้ด้วยตนเอง หรือได้รับการสอนจากบุคคลอื่น เช่น จากบิดามารดา ครู ฯลฯ แต่การเรียนรู้ในหลายรูปแบบนี้ก็มีหลักพื้นฐานที่คล้ายคลึงกัน วิกร ตัณฑุทโท (2528 : 53-57) ได้กล่าวถึงหลักพื้นฐานการเรียนรู้ได้ดังนี้

1. การเรียนรู้เป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นภายในตัวผู้เรียนและเกิดขึ้นโดยผู้เรียน กระบวนการเรียนรู้จะเกิดขึ้นหรือดำเนินไปหรือไม่ขึ้นอยู่กับตัวผู้เรียนไม่ใช่ผู้สอน การเปลี่ยนแปลงในการรับรู้ และพฤติกรรมในลักษณะที่ผู้เรียนรู้สึกว่ามีความหมายต่อตนเอง จะเกิดขึ้นได้ง่ายกว่าการบังคับจากภายนอก การเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้ง่ายเมื่อการสอนเป็นกระบวนการอำนวยความสะดวกเพื่อสนับสนุนให้ผู้เรียนสำรวจและค้นพบเหตุการณ์ที่มีความสำคัญสำหรับตนเอง บุคคลจะมีส่วนที่ได้รับการสอนมาเกือบทั้งหมด แต่จะเก็บรักษาความรู้เพียงส่วนที่ตนเองต้องนำมาใช้ หรือความรู้เฉพาะส่วนที่มีความสัมพันธ์กับตนเองไว้ได้ เป็นเวลานาน
2. การเรียนรู้เป็นการที่บุคคลค้นพบความหมายของสิ่งต่าง ๆ และความคิดที่มีลักษณะเป็นส่วนตัวของตนเอง ความคิดและความคิดรวบยอดที่สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาของแต่ละบุคคลมักจะถูกสร้างและพัฒนาขึ้นจากกระบวนการบางอย่างภายในตัวบุคคลนั้น
3. การเรียนรู้เป็นกระบวนการของการร่วมมือ และการทำงานร่วมกัน การร่วมมือกันเป็นตัวเร่งให้เกิดการเรียนรู้
4. การเรียนรู้เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างช้า ๆ เพราะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต้องอาศัยเวลาและความอดทน
5. การเรียนรู้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นได้อย่างยากลำบากในบางครั้ง เนื่องจากการ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อบุคคลสละแนวความคิดและค่านิยมเดิมที่สะดวกสบายออกไป ความยากลำบากเป็นสิ่งจำเป็นในการที่บุคคลจะมีการเรียนรู้ที่เจริญสมบูรณ์ อย่างไรก็ตามหลังจากที่ ความยากลำบาก ความยุ่งยาก ความคับข้องใจที่จะต้องเลิกปฏิบัติในสิ่งที่คุ้นเคย และสะดวกสบายผ่านพ้นไปแล้ว บุคคลก็มักจะประสบกับความยินดี ในความคิดและชีวิตาใหม่ที่ตนได้ค้นพบ

6. ผู้เรียนเป็นทรัพยากรที่มีค่ามากที่สุดในการเรียนรู้ ตัวผู้เรียนเป็นแหล่งข้อมูลความรู้ที่ดีที่สุด ประสบการณ์ ความคิด ความรู้สึก และความสามารถต่างๆ ที่สะสมในตัวบุคคลมาเป็นเวลานาน ถือว่าเป็นความรู้และข้อมูลที่จำเป็นอย่างยิ่งต่อการแก้ปัญหาและเรียนรู้ สถานการณ์ที่สนับสนุนให้ผู้เรียนเปิดตนเอง นำข้อมูลและประสบการณ์ส่วนตัวมาใช้ให้เป็นประโยชน์และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างบุคคล จะเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ให้ถึงขีดสูงสุด

7. กระบวนการเรียนรู้เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์และสติปัญญา บุคคลจะมีความรู้สึกหรือความคิดของตนเองเกิดขึ้น และถ้าความรู้สึกหรือความคิดที่เกิดขึ้นนี้มีลักษณะผสมกลมกลืนกันได้ดี ย่อมจะส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพสูง ดังนั้นการสร้างความปรารถนาหรือสถานการณ์ที่สนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงบุคคลหรือผู้เรียนมากกว่าที่จะคำนึงถึงจุดมุ่งหมายของการเรียน

8. กระบวนการเรียนรู้และกระบวนการแก้ปัญหาของแต่ละบุคคลจะมีลักษณะเฉพาะหรือเป็นเอกลักษณ์เฉพาะบุคคล บุคคลแต่ละคนมีลักษณะหรือรูปแบบการเรียนรู้ที่เฉพาะตัว ผู้สอนควรจะช่วยผู้เรียนค้นหากระบวนการที่ผู้เรียนถนัดและใช้อยู่เป็นประจำ แล้วพัฒนากระบวนการนั้นให้มีประสิทธิภาพ

9. กระบวนการเรียนรู้เป็นกระบวนการที่อยู่นอกเหนือการบังคับของจิตใจไม่ว่าจะเป็นตัวผู้เรียนเองหรือผู้อื่นย่อมไม่สามารถกำหนดได้ว่า จะเกิดการเรียนรู้ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรืองานใดในเวลาใด ดังนั้นจึงไม่มีวิธีการโดยตรงใดที่จะทำให้เกิดการเรียนรู้ในเรื่องที่กำหนดเกิดขึ้นได้ สิ่งที่จะทำได้ก็เพียงแต่กระตุ้น ส่งเสริมหรือสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้เท่านั้น

บาวเวอร์ และเบวิส (Bower and Bevis 1979 :515-518) ได้รวบรวมหลักของการเรียนรู้ไว้ดังนี้

1. ความสนใจ และแรงจูงใจของผู้เรียนจะเพิ่มมากขึ้น เมื่อการเรียนรู้นั้นจัดประสบการณ์ได้อย่างสัมพันธ์กัน
2. การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feed Back) ในการปฏิบัติจะช่วยส่งเสริมให้สามารถกระทำได้ดีขึ้น
3. ระดับของความวิตกกังวลมีผลกระทบต่อความตั้งใจ ความคงทนในการจำ และความสามารถในการเรียน
4. ความสำเร็จจะเป็นการนำไปสู่การตั้งจุดหมายในสภาพที่เป็นจริงและมีความอดทนต่อความล้มเหลว
5. การเรียนรู้ที่เริ่มจากสิ่งที่ยาวยังสิ่งที่ยากซับซ้อน เป็นการช่วยทำให้เกิดความเข้าใจเพิ่มขึ้น
6. การเรียนรู้จะมีความหมายมากขึ้นเมื่อผู้เรียนมีความกระตือรือร้นในกิจกรรมการเรียนรู้
7. สภาพแวดล้อมของการเรียนรู้มีผลกระทบต่อระดับ ปริมาณและคุณภาพของการเรียนรู้
8. การให้รางวัลที่ผู้เรียนปรารถนาเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจมากกว่าการให้รางวัลทั่ว ๆ ไป หรือรางวัลที่เคยให้เป็นประจำ
9. ผู้เรียนจะสามารถเรียนได้ดีที่สุดเมื่อเขามีความต้องการที่จะเรียน

เชียรศรี วิวิธสิริ (2527 :123) ได้กล่าวถึงประเภทของการเรียนรู้ โดยจำแนกตามพฤติกรรมการเรียนรู้ตามทฤษฎีของบลูม (Bloom, Benjamin S.) ซึ่งจำแนกพฤติกรรมเป็น 3 ด้าน คือ

ด้านสติปัญญา (Cognitive domain) เป็นความสามารถทางด้านสมอง ในการคิดเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ซึ่งมีพฤติกรรมแยกย่อยเป็น 6 ชั้นคือ ความรู้-ความจำ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินค่า

ด้านจิตใจหรือความรู้สึก (Affective domain) เป็นความสามารถในการรู้สึกต่อสิ่งต่าง ๆ รวมทั้งทัศนคติ ความเชื่อถือหรือค่านิยม มีพฤติกรรมที่แยกย่อยเป็น 5 ชั้นคือ การรับรู้ การ

ให้ความสนใจและตอบสนอง การประเมินและสร้างคุณค่า การจัดระบบและการสร้างลักษณะนิสัย

ด้านทักษะหรือการปฏิบัติ (Psychomotor domain) เป็นความสามารถในด้านการปฏิบัติหรือการเคลื่อนไหวร่างกายแยกเป็นพฤติกรรมย่อย 5 ชั้นคือ การเลียนแบบ การทำตามแบบ การหาความถูกต้อง การทำอย่างต่อเนื่อง และการกระทำโดยธรรมชาติ

พฤติกรรมทั้ง 3 ด้านนี้ ได้จำแนกเป็นพฤติกรรมย่อยลงไป โดยเรียงลำดับจากง่ายไปหาพฤติกรรมที่ซับซ้อน การจำแนกพฤติกรรมเช่นนี้เป็นประโยชน์ในการที่จะสร้างเครื่องมือที่สามารถวัดพฤติกรรมของผู้เรียนได้ครอบคลุมตามพฤติกรรมทั้ง 3 ด้าน นอกจากนี้ บาร์บารา (Barbara 1976 :92-98) ได้อธิบายถึงประเภทของการเรียนรู้ซึ่งคล้ายกับประเภทการเรียนรู้ของบลูมไว้ดังนี้คือ

การเรียนรู้ทางด้านความคิด (Cognitive Learning) เป็นการเรียนรู้ที่ทำให้สามารถกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยใช้ความคิด ผู้เรียนได้รับความรู้ ความเข้าใจ และมโนคติเพิ่มขึ้น สามารถที่จะนำไปคิดแปลงเพื่อใช้แก้ปัญหาได้ การเรียนรู้ประเภทนี้จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากไม่รู้ให้เป็นรู้

การเรียนรู้ด้านทัศนคติ (Attitude Learning) เป็นการเรียนรู้เกี่ยวกับทางด้านอารมณ์ที่มีผลต่อการเลือกสิ่งต่าง ๆ ที่ตนชอบหรือไม่ชอบ และเป็นกำหนดคุณค่าของสิ่งเหล่านั้น การเรียนรู้ประเภทนี้จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากชอบเป็นไม่ชอบ หรือจากไม่ชอบเป็นชอบ

การเรียนรู้ด้านทักษะในการปฏิบัติ (Learning of Psychomotor) เป็นการเรียนรู้เกี่ยวกับทักษะหรือความสามารถในด้านต่าง ๆ ที่จะกระทำออกมา การเรียนรู้ประเภทนี้จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจาก ทำไม่เป็นให้ทำเป็น

การเรียนรู้ที่สมบูรณ์จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้ง 3 ด้าน ซึ่งมิใช่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายนอกที่มองเห็นด้วยตาเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงพฤติกรรมซึ่งประกอบด้วยกระบวนการทางจิตใจ เช่น ความนึกคิด ความสามารถทางสมอง และความรู้สึกลึกลับต่าง ๆ

เป็นต้น การเรียนรู้เกิดจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ดังนั้นการเรียนรู้จึงถือว่าเป็นส่วนสำคัญยิ่งในการแก้ปัญหาเศรษฐกิจสังคม การเมือง ปัญหาสุขภาพ และปัญหาส่วนตัว ซึ่งช่วยให้บุคคลสามารถดำเนินกิจกรรมต่างๆ ได้เป็นปกติและดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข รวมถึงการเป็นสมาชิกที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมด้วย สิ่งสำคัญหรือสิ่งสนับสนุนที่ช่วยให้การเรียนรู้ของบุคคลหรือผู้เรียนเป็นไปโดยง่ายอาจสรุปได้ดังนี้

1. ความเหมาะสมและความพร้อมของผู้เรียน ได้แก่ ระดับพัฒนาการทางกาย อารมณ์ สติปัญญา อายุ ความสามารถและประสบการณ์เดิม

2. แรงจูงใจทั้งภายนอกและภายใน ซึ่งอาจเกิดขึ้นเองหรือจากสิ่งเร้าก็ได้

3. ทักษะที่ดีต่อสิ่งที่เรียน ขจัดอุปสรรคจากสิ่งแวดล้อมที่จะเป็นปัญหาทางอารมณ์อันจะเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้

4. สิ่งที่เรียนตรงกับความต้องการ ความปรารถนาและความสนใจของผู้เรียน

5. สิ่งที่เรียนรู้ใหม่นั้นสอดคล้องกับประสบการณ์เดิม คือ มีความรู้เดิมอยู่บ้าง

6. ผู้เรียนทราบจุดมุ่งหมายของการเรียน มองเห็นประโยชน์ที่จะได้รับ

7. สิ่งที่เรียนมีคุณค่า มีความหมายต่อผู้เรียน ทำให้ผู้เรียนได้รับประโยชน์ทั้งสามประการจะเรียนรู้เรื่องและเข้าใจได้ดี

8. ผู้เรียนได้มีโอกาสฝึกฝนหรือทำซ้ำบ่อย ๆ ทำให้เกิดความชำนาญ และผู้เรียนได้มีโอกาสลงมือกระทำด้วยตนเอง

9. ผู้เรียนทราบความก้าวหน้าและข้อผิดพลาดของตน ซึ่งจะเร่งเร้าในการเรียนรู้ดีขึ้น

10. มีการเสริมแรงให้กำลังใจจากผู้สอน และผู้สอนใช้เทคนิควิธีการสอนที่ดีและเหมาะสม (เชียรศรี วิวิธสิริ 2527 :22)

การเรียนรู้เป็นผลจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้ง 3 ด้านคือ ด้านความรู้ ด้านจิตใจหรือความรู้สึก และด้านทักษะในการปฏิบัติ ผู้เรียนจะสามารถเรียนรู้ได้ดีที่สุดเมื่อเขามีความต้องการที่จะเรียน ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนให้ตรงกับสิ่งที่ผู้เรียนต้องการหรือเห็นว่ามีความจำเป็น ตลอดจนมีการเลือกวิธีสอนที่เหมาะสมกับผู้เรียน ย่อมเป็นการช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่ดีขึ้นได้

การสอนผู้ป่วย

การสอนผู้ป่วยจัดได้ว่าเป็นงานที่สำคัญงานหนึ่งของพยาบาล ซึ่งสามารถกระทำได้โดยอิสระและจะต้องกระทำให้สำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ การให้ข้อเท็จจริงและรายละเอียดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยตลอดจนให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนภายหลังกลับบ้านของผู้ป่วยนั้น ถือเป็นความรับผิดชอบที่พยาบาลต้องปฏิบัติ ทั้งนี้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพกลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น

แพทท (Fattu 1960 :7) ได้กล่าวถึง การสอนไว้ว่า การสอน หมายถึง ทุกอย่างที่คุณสอนทำ ซึ่งอาจจะเป็นการสอนทำโดยลำพังหรือทำร่วมเป็นกลุ่มก็ได้ เพื่อจัดประสบการณ์ต่าง ๆ ให้แก่ผู้เรียนในรูปแบบของเนื้อหาวิชาและประสบการณ์ เพื่อให้ผู้เรียนได้มีการพัฒนาการทางด้านความคิด เหตุผล ทักษะ ทักษะ อุปนิสัย เห็นคุณค่าและความสำคัญของชีวิตในอนาคต ส่วนวิลส์ (Wiles 1975 :10) ได้ให้ความหมายของการสอนไว้ 4 ประการคือ

การสอน คือ การชี้แนะ ช่วยเหลือแนะนำจัดหาวัสดุและส่งเสริมให้คิดทำสิ่งต่าง ๆ ที่ผู้เรียนอยากรู้

การสอน คือ การให้ความรู้ในเรื่องต่าง ๆ โดยที่ผู้สอนรวบรวมความรู้แล้วจัดความรู้ที่เกี่ยวกับกฎเกณฑ์ความจริงให้ง่ายและน่าสนใจ เพื่อให้ผู้เรียนเข้าใจได้ง่ายและรับไว้ได้

การสอน คือ การที่ผู้สอนทำงานร่วมกับผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนมีประสิทธิภาพในการเรียน ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความรับผิดชอบ รู้จักคิด รู้จักทำด้วยตนเอง

การสอน คือ การแนะนำแนวทางให้แก่ผู้เรียนด้วยการใช้วิธีสอนแบบต่างๆ และจัดกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้เรียนได้พัฒนาไปในทางที่พึงปรารถนา

อาจสรุปได้ว่า การสอนคือ กระบวนการถ่ายทอดเนื้อหา ความรู้ ทักษะ ทักษะคิดต่าง ๆ จากผู้สอนไปยังผู้เรียน เพื่อช่วยเหลือให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ สามารถคิดเป็น ทำเป็นและแก้ปัญหาได้อย่างฉลาด

เนื่องจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ทำการสอนผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่ จึงได้สรุปหลักสำคัญานการสอนผู้ใหญ่ไว้ดังนี้

1. ควรให้ความไว้วางใจ ให้ความยกย่อง จริ่งใจตลอดจนมีความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจและตั้งใจในการฟังผู้เรียนพูด (สุวัฒน์ วัฒนวงศ์ 2524 :61)
2. ควรสร้างบรรยากาศสิ่งแวดล้อมที่เป็นกันเอง และมีอิสระเสรีในการกระทำ (เชียรศรี วิวิธสิริ 2527 :140)
3. ต้องพยายามให้ความรู้ แนวคิดแนวปฏิบัติที่ถูกต้องไม่ทำให้ผู้เรียน เกิดความรู้สึกที่ไม่ดีกับตัวเอง ต้องให้การยอมรับ สร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร สุขุม เยือกเย็น ขจัดความกังวลต่าง ๆ ตลอดจนมอบหมายงานที่เหมาะสมกับระดับความสามารถของผู้เรียน (ปทุม นิคมานนท์ 2528 :328)
4. ให้นักเรียนรู้เมื่อมีความต้องการที่จะเรียน เรียนในสิ่งที่เขาสนใจ และคิดว่ามีความจำเป็น มีประโยชน์สามารถนำไปใช้ได้ทันที ตลอดจนบทเรียนนั้น มีความสัมพันธ์กับสภาพปัญหาที่มีอยู่จริง และควรบอกถึงวัตถุประสงค์ของการเรียนให้ชัดเจนด้วย (เชียรศรี วิวิธสิริ 2527 :139-140)
5. เลือกวิธีการสอนหรือการชี้แนะที่เหมาะสมกับโอกาสหรือสถานการณ์ของการสอน (สุวัฒน์ วัฒนวงศ์ 2524 :67)
6. บทบาทของครูในการสอนผู้ใหญ่นั้นคือ การเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการเรียนพร้อมทั้งได้จัดสถานการณ์และเงื่อนไขที่เหมาะสมเพื่อที่จะช่วยให้นักเรียน เรียนรู้ด้วยตนเองได้ (ปทุม นิคมานนท์ 2528 :300-301)

การสอนผู้ป่วยเป็นขบวนการที่ช่วยเหลือบุคคลให้เรียนรู้และสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัยให้เหมาะสมในการดำรงชีวิต การเรียนรู้เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังนั้นการสอนผู้ป่วยจึงเป็นขบวนการช่วยเหลือบุคคลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยการให้ข้อมูล ข่าวสารทางด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาลได้ถูกต้อง และช่วยให้พวกเขาสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข ทั้งนี้การสอนที่มีประสิทธิภาพควรจะสอนทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีจุดประสงค์เพื่อช่วยให้นักเรียนสามารถปรับตัวเผชิญกับภาวะเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วยได้ ตลอดจนช่วยให้นักเรียนและครอบครัวมีความวิตกกังวลลดน้อยลง ยอมรับสภาพความเจ็บป่วย และยอมรับบทบาทใหม่ของสมาชิกในครอบครัว การสอนผู้ป่วยยังช่วยให้นักเรียนฟื้นฟูสภาพได้เร็วขึ้น

สามารถกลับไปทำงานหรือเข้าสู่สังคมได้ (Smith 1989 :584-586) พาริดา อิบราฮิม (2525 :209) ได้กล่าวถึงจุดประสงค์ของการสอนและการแนะนำผู้ป่วยไว้ว่า เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้องให้เหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย พื้นฟูสภาพให้หายได้เร็ว ลดความพิการและป้องกันโรคแทรกซ้อนตลอดจนการสอนยังมุ่งให้ผู้ป่วยเป็นผู้ช่วยเหลือตนเองได้ เห็นความสำคัญของตนเอง และอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

อาจสรุปได้ว่า จุดประสงค์หลักของการสอนผู้ป่วย คือ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข และสามารถดูแลตนเอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และเพื่อฟื้นฟูสภาพให้กลับสู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติได้เร็วขึ้น

พยาบาลเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด และเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีจำนวนมากที่สุด ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีบทบาทในการสอนผู้ป่วยมากกว่าบุคลากรในกลุ่มอื่น ๆ และถือว่าการสอนผู้ป่วยเป็นหน้าที่สำคัญในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย ไม่ว่าพยาบาลจะชอบหรือไม่ก็ตาม การสอนผู้ป่วยจะได้ผลหรือประสบผลสำเร็จ ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยสามารถนำเอาความรู้หรือทักษะที่ได้เรียนรู้ไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง (Close 1988 :203-205) และผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเรียนรู้ได้เมื่อสภาพร่างกายอยู่ในภาวะที่คงที่ และไม่ได้อยู่ในช่วงเวลาที่มีความเจ็บปวด ดังนั้นพยาบาลควรจะสอนผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยดีขึ้นใกล้จะออกจากโรงพยาบาลกลับไปพักฟื้นต่อที่บ้าน (Gessner 1989 : 591)

ในการสอนผู้ป่วยนั้น มีทั้งการสอนชนิดที่มีแบบแผนและไม่มีแบบแผน การสอนอย่างไม่มีแบบแผนถูกนำไปใช้บ่อยกว่าเนื่องจากเป็นการพูดคุยหรือตอบคำถามเมื่อผู้ป่วยสงสัยหรือซักถาม ส่วนการสอนอย่างมีแบบแผนนั้น มีการกำหนดขั้นตอนของการสอนไว้อย่างชัดเจน (Monteiro 1964 : 27-28) การสอนผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นชนิดใดก็ย่อมก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยทั้งนั้น แต่การสอนอย่างมีแบบแผนสามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยหรือสุขภาพของเขาได้ครบถ้วนสมบูรณ์กว่า เพราะการสอนอย่างมีแบบแผนนั้นได้มีการวางแผนเตรียมการสอนไว้ล่วงหน้าแล้ว ส่วนการสอนอย่างไม่มีแบบแผนผู้ป่วยจะได้รับการสอนโดยผู้สอนมิได้มีการวางแผนไว้ล่วงหน้าแต่จะสอน

เมื่อผู้ป่วยซักถามปัญหาข้อสงสัยหรือสอน เมื่อมีโอกาสเท่านั้น การสอนผู้ป่วยถ้ามุ่งหวังให้การเรียนการสอนมีทั้งประสิทธิภาพและประสิทธิผลตลอดจนผู้ป่วยสามารถพัฒนาการเรียนรู้ในทุก ๆ ด้านก็ควรทำการสอนผู้ป่วยอย่างมีแบบแผนซึ่งกระบวนการเรียนการสอนอย่างมีแบบแผนนั้น ก็เหมือนกับกระบวนการพยาบาล โดยทั้ง 2 กระบวนการนี้ มีกระบวนการแก้ปัญหาของบุคคลเป็นพื้นฐานและมีขั้นตอนที่เหมือนกัน 4 ขั้นตอน โดยเริ่มจาก (Gessner 1989 :593-595)

1. การประเมินลักษณะไม่สมคูลย์และสถานการณ์ทั่วไป (Assessment) เป็นการการศึกษาหาข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเพื่อนำมาประเมินความต้องการการเรียนรู้ โดยรวบรวมข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจากตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัวและบันทึกประวัติการรักษาของผู้ป่วย โดยข้อมูลที่รวบรวมครอบคลุมถึง อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพสมรส ประวัติครอบครัว รายได้ระดับการศึกษา การดำรงชีวิตประจำวัน สภาพความเจ็บป่วย สภาพทางด้านจิตใจ อารมณ์ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังออกจากโรงพยาบาล พื้นความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับสาเหตุของโรค การรักษาและการปฏิบัติตน ผู้ป่วยมีความสนใจที่จะเรียนรู้เรื่องอะไรและพิจารณาถึงความพร้อมและความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วยโดยประเมินจากอายุ ระดับการศึกษาสังคม เศรษฐกิจ ปัญหาหรือสุขภาพทางกายและจิตใจ เพราะสิ่งเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการกำหนดกิจกรรมการเรียนการสอน

2. การวางแผน (Planning) สำหรับการเรียนการสอน สิ่งที่ได้จากการประเมินจะนำมาใช้ในการกำหนดแผนการสอน (Teaching Plan) ในแผนการสอนประกอบด้วย วัตถุประสงค์ของการสอน การกำหนดเนื้อหาสาระที่จะสอนพร้อมทั้งพิจารณาลำดับความสำคัญของเรื่องที่จะสอนว่าควรสอนเรื่องใดก่อนหลัง และเลือกวิธีสอนที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ตลอดจนกำหนดแนวทางการประเมินผลเพื่อวัดความสามารถและพัฒนาการเรียนรู้อันของผู้ป่วยว่าสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่

3. การลงมือปฏิบัติ (Implementation) หรือการดำเนินการสอนตามแผนการสอนที่วางไว้เป็นขั้นที่ผู้สอนถ่ายทอดความรู้ไปสู่ผู้เรียนขั้นนี้ผู้สอนควรพยายามจัดการสอนให้สอดคล้องกับหลักของการเรียนรู้ให้มากที่สุด

4. การประเมินผล (Evaluation) เพื่อค้นหาความสำเร็จว่า ผู้ป่วยได้มีการพัฒนาการเรียนรู้อันและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้นสอดคล้องกับวิธีการรักษาพยาบาล

หรือไม่ มีความสำเร็จงานการใช้วิธีการสอนและสื่อการสอนมากน้อยเพียงใด มีสิ่งใดที่ควรจะได้รับ การปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาโดยสอนผู้ปวยอย่างมีแบบแผนและให้ผู้ ปวยเรียนรู้ด้วยตนเองโดยใช้หนังสือคู่มือ ดังนั้น จึงขอกล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับการทบทวนที่กการสอน การบรรยาย การสอนแบบรายบุคคล และแนวคิดเกี่ยวกับการสร้างหนังสือคู่มือดังนี้

การทบทวนที่กการสอน (Prepare Lesson Plan)

การทบทวนที่กการสอน หมายถึง การเตรียมบทเรียนที่จะสอนล่วงหน้า ซึ่งจะช่วยให้ผู้สอน ได้เตรียมตัวให้พร้อมที่จะทำการสอน ความพร้อมที่จะทำการสอนก็คือ ความพร้อมในด้านเนื้อหาวิชา ความพร้อมทางด้านการจัดเตรียมกิจกรรม และสื่อการสอนที่จะนำมาช่วยในการสอน และรวมถึง ความพร้อมทางด้านการจัดหาแนวทางสำหรับวัดผลการสอนด้วย ความพร้อมทั้งหลายนี้จะช่วยให้ผู้ สอนมีความมั่นใจดำเนินการสอนให้สำเร็จได้ด้วยดี การเตรียมบทเรียนล่วงหน้าจะต้องมีการจัดบั้น- ทึกเอาไว้ ซึ่งเรียกว่า การทบทวนที่กการสอน โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 กำหนดจุดมุ่งหมายทั่วไปของการสอนครั้งนั้น ก่อนการสอนผู้สอนจะต้องมีจุดมุ่ง หมายของการสอน จุดมุ่งหมายที่ตั้งขึ้นประกอบด้วยจุดมุ่งหมายรวม(หรือเรียกว่า จุดมุ่งหมายทั่วไป) และจุดมุ่งหมายย่อย (หรือเรียกว่า จุดมุ่งหมายเฉพาะ) จุดมุ่งหมายรวมเป็นจุดมุ่งหมายที่เป็นจุดมุ่ง หมายขั้นสุดท้ายของการสอนซึ่งต้องกำหนดขึ้นก่อนที่จะกำหนดจุดมุ่งหมายย่อย

ขั้นที่ 2 กำหนดจุดมุ่งหมายย่อย จุดมุ่งหมายย่อย คือ จุดมุ่งหมายที่แตกออกมาจากจุดมุ่ง หมายรวม ซึ่งแต่ละข้อของจุดมุ่งหมายย่อยจะกล่าวอย่างชัดเจนและเฉพาะเจาะจง การกำหนดจุด มุ่งหมายย่อยเป็นขั้นตอนที่สำคัญมาก เนื่องจากการสอนเป็นวิธีที่พยายามเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้เรียน จากพฤติกรรมเดิมไปสู่พฤติกรรมที่มุ่งหมายไว้ ดังนั้นผู้สอนจะทราบได้ว่าผู้เรียนมีการเปลี่ยนพฤติ- กรรมไปตามที่ต้องการ ผู้สอนจะต้องกำหนดจุดมุ่งหมายย่อยของการสอนในเชิงพฤติกรรม (Behavioral Objectives) หรือเรียกว่า กำหนดจุดมุ่งหมายเชิงพฤติกรรม ซึ่งจุดมุ่งหมายใน เชิงนี้สามารถนำไปสู่การกำหนดเนื้อหา การกำหนดกิจกรรม การกำหนดสื่อการสอนและนำไปสู่การ วัดประเมินผลการสอนได้อย่างแน่นอน พอจะสรุปลักษณะของจุดมุ่งหมายเชิงพฤติกรรมได้ดังนี้

ก. กำหนดไว้อย่างแน่นอน ชัดเจน ไม่คลุมเครือ เป็นจุดมุ่งหมายเฉพาะเรื่อง เฉพาะบทเรียนที่กำหนดไว้ในการสอนแต่ละครั้ง

ข. ข้อความที่กำหนดจะต้องมีคำกริยาที่แสดงออกเป็นพฤติกรรมภายนอกที่สามารถวัดได้ด้วยการสังเกต

ค. จุดมุ่งหมายเชิงพฤติกรรม ต้องประกอบด้วยส่วนสำคัญ 3 ประการคือ พฤติกรรมขั้นสุดท้าย, เงื่อนไขซึ่งหมายถึงสถานการณ์ที่กำหนดให้แก่ผู้เรียนก่อนที่จะให้ผู้เรียนแสดงพฤติกรรมที่ต้องการออกมา, เกณฑ์ซึ่งหมายถึง ความต้องการที่ผู้สอนกำหนดให้ผู้เรียนแสดงออกมาหรือผู้เรียนต้องแสดงสิ่งใดออกมาจึงจะถือว่าได้ผลสมบูรณ์ ส่วนประกอบทั้ง 3 ประการนี้ ถ้ามีอย่างครบถ้วนจะทำให้การเขียนจุดมุ่งหมายสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขั้นที่ 3 จัดสรรเนื้อหาสาระที่จะสอน โดยการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองให้ได้มาซึ่งความรู้ เพื่อนำมาถ่ายทอดแก่ผู้เรียน ผู้สอนจะต้องมีความรู้ในเนื้อหาวิชาที่เพียงพอ ครอบคลุมมีความแม่นยำในเนื้อหา และทั้งยังต้องมีความรู้ในเรื่องอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่จะสอนด้วย ผู้สอนจะต้องเตรียมเนื้อหาที่ครอบคลุมจุดมุ่งหมายย่อยทุกข้อ

ขั้นที่ 4 กำหนดกิจกรรมการสอน กิจกรรมการสอน คือ กิจกรรมระหว่างผู้สอนและผู้เรียน กิจกรรมจะช่วยบอกว่า เนื้อหาตอนนี้ ผู้สอนทำอย่างไรจึงจะบรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ได้ ผู้สอนรู้อะไรที่จะให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนการสอนในเรื่องไหน อย่างไร จะนำสื่อการสอนมาใช้อย่างไร โดยทั่วไปแล้วกิจกรรมการสอนจะแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนคือ

ก. ขั้นนำเข้าสู่บทเรียน ขั้นนี้เป็นขั้นที่บอกว่า ผู้สอนจะเริ่มต้นอย่างไร มีวิธีแนะนำวางใจผู้เรียนให้สนใจบทเรียนด้วยวิธีใด ซึ่งขั้นนี้ผู้สอนยังไม่เน้นถึงการถ่ายทอดเนื้อหาวิชาให้แก่ผู้เรียนปกติมักใช้เวลาประมาณ 5-7 นาที

ข. ขั้นสอน ขั้นนี้เป็นการถ่ายทอดเนื้อหาวิชาให้แก่ผู้เรียนด้วยวิธีการต่าง ๆ ขั้นนี้ใช้เวลามาก มีการใช้วิธีการสอนและสื่อการสอนในรูปแบบต่าง ๆ สอดแทรกเข้ามาระหว่างกิจกรรมของผู้เรียนและผู้สอน การสอนแต่ละตอน จะต้องประเมินผลไปด้วย เพื่อให้ทราบว่าการสอนได้รับความสำเร็จบรรลุถึงจุดมุ่งหมายย่อย แต่ละข้อหรือไม่

ค. ขั้นสรุป เมื่อผู้สอนได้ใช้วิธีการสอนแบบต่าง ๆ ถ่ายทอดเนื้อหาที่ต้องการให้แก่ผู้เรียนแล้ว ผู้สอนจะต้องมีการสรุปเนื้อหา ซึ่งการสรุปเนื้อหาจะช่วยยืนยันให้ผู้เรียนทราบว่าประเด็น

สำคัญของการเรียนครั้งนี้มีอะไรบ้างหรือจุดเด่นของเรื่องนี้คืออะไร การสรุปทำได้หลายรูปแบบ คือ ผู้สอนสรุปประเด็นสำคัญให้ฟัง ผู้สอนตั้งปัญหาและให้ผู้เรียนเป็นผู้ตอบซึ่งวิธีนี้เป็น การประเมินผลได้ด้วย ผู้สอนสรุปโดยใช้สื่อการสอนประกอบ ผู้เรียนสรุปเองทีละคน คนละข้อ

การกำหนดกิจกรรมการสอน มักจะกระทำควบคู่ไปกับการเลือกสื่อการสอนและการเลือกวิธีประเมินผลการสอนแต่ละตอน การเลือกสื่อการสอนจะช่วยบอกว่าสื่อการสอนชนิดใดใดใช้ในการถ่ายทอดเนื้อหาวิชาเรื่องอะไร และวิธีประเมินผลจะช่วยบอกว่า ผู้สอนจะทราบโดยวิธีใดว่าการสอนบรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ ดังนั้นการสร้างกิจกรรมการเรียนการสอน การเลือกสื่อการสอน และการเลือกวิธีการประเมินผลจะต้องกระทำไปพร้อม ๆ กัน

ขั้นที่ 5 เขียนบันทึกการสอนที่ได้กำหนดไว้เป็นหลักฐานโดยแบ่งหน้ากระดาษออกเป็นตาราง ในตารางประกอบด้วย จุดมุ่งหมายย่อย เนื้อหาวิชา กิจกรรม สื่อการสอน และวิธีประเมินผล (สมคิด รักษาสิทธิ์ และประนอม โอทกานนท์ 2525 :112-120)

การบรรยาย (Lecture)

การบรรยายเป็นเทคนิคการสอนเพื่อให้ความรู้เนื้อหาสาระที่นิยมใช้กันมาก เป็นการถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ของผู้สอนให้แก่ผู้เรียน โดยการบรรยายตามหัวข้อเรื่องที่กำหนดไว้ เน้นหนักการเสนอข้อมูลด้วยวาจา ซึ่งผู้สอนสามารถนำไปใช้กับผู้เรียนผู้ใหญ่ได้ในทุกเนื้อหาวิชา และกับผู้ใหญ่ที่จบการศึกษาระดับต่าง ๆ และมีความแตกต่างเป็นรายบุคคลในเรื่อง สังคม และเศรษฐกิจ การสอนโดยการบรรยายมีจุดมุ่งหมายคือ เพื่อถ่ายทอดความรู้ เพื่อส่งเสริมความคิด เพื่อเปลี่ยนแปลงทัศนคติของผู้ฟังหรือผู้เรียน นอกจากนี้การบรรยายจะต้องประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 เรื่อง คือ ผู้บรรยาย เนื้อหาสาระ และผู้ฟัง

ผู้บรรยายเป็นหัวใจของการบรรยาย ความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการบรรยายขึ้นอยู่กับผู้บรรยาย สิ่งที่จำเป็นและสำคัญสำหรับผู้บรรยาย คือ ต้องเป็นผู้รู้ ศึกษาเรื่องที่บรรยายให้รู้จริงรู้แจ้งควบคู่กับเนื้อหา ผู้บรรยายต้องรู้จักควบคุมตัวเอง ควบคุมความรู้สึกภายใน เช่น ความประหม่า ตื่นเต้น ตกใจ กิริยาท่าทาง เป็นต้น

เนื้อหาของบทบรรยายควรจะเป็นเนื้อหาที่เลือกสรรแล้ว เป็นเนื้อหาที่มีความหมายเป็นข้อมูลพื้นฐาน เพื่อนำไปใช้กับชีวิตประจำวันหรือเพื่อการแก้ปัญหา

ผู้ฟังการบรรยาย เป็นองค์ประกอบที่จะละเลยไม่ได้ การเข้าใจลักษณะของผู้เรียนในด้านต่าง ๆ เช่น วัย อาชีพ ระดับการศึกษา ความสนใจและความต้องการ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยในการปรับการบรรยายให้เหมาะสมกับผู้ฟัง (อุณา นพคุณ 2527 :160-162)

รังสรรค์ ทิมพันธ์วงศ์ และอรุณ ปรีดีศิลป์ (2527 :74-76) ได้กล่าวถึงหลักการของเทคนิคการบรรยาย สรุปได้ดังนี้

1. ผู้สอนควรบอกขอบข่ายกว้าง ๆ และชี้ให้เห็นประเด็นที่สำคัญที่เกี่ยวข้องก่อนการบรรยายรายละเอียด และการบรรยายจะต้องมีเหตุผลอ้างอิงตลอดจนให้คำจำกัดความในสิ่งที่เป็นทฤษฎี
2. โครงร่างที่บรรยายต้องมีหัวข้อครบตามความต้องการและพยายามรักษาเนื้อหาของเรื่อง ไม่พยายามพูดนอกเรื่อง ควรใช้ภาษาที่ฟังแล้วเข้าใจง่าย เหมาะสมกับผู้ฟัง
3. เนื้อหาที่บรรยายควรจะทำให้มีความหมายสำหรับผู้เรียน โดยให้สัมพันธ์กับประสบการณ์ของผู้เรียน ซึ่งอาจจะทำได้โดยใช้รูปภาพ แผนภูมิหรือใช้อุปกรณ์การสอนประกอบเพื่อย้ำในจุดสำคัญ
4. สร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วม โดยใช้เทคนิคการถามหรือการอภิปราย ตลอดจนเปิดโอกาสให้มีการถามตอบในตอนท้าย
5. เมื่อจบการบรรยายจะต้องสรุปเนื้อหาสาระที่สำคัญทั้งหมดอย่างสั้น ๆ

การสอนผู้ป่วยอย่างมีแบบแผนโดยการบรรยายตามบันทึกการสอนที่ได้จัดเตรียมไว้ ซึ่งเนื้อหาสาระที่อยู่ในบันทึกการสอนเป็นเนื้อหาที่ได้รับการเลือกสรรแล้วเป็นข้อมูลที่จำเป็นและเป็นผลดีสำหรับผู้ป่วยในการที่จะนำไปปฏิบัติตนเพื่อฟื้นฟูสภาพ การสอนโดยวิธีนี้ช่วยให้พยาบาลและผู้ป่วยมีสัมพันธภาพทางการพยาบาลที่ดีต่อกัน ทั้งยังเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยหรือญาติได้ซักถามข้อสงสัยหรือปัญหาต่าง ๆ จากพยาบาลผู้สอนได้โดยตรงอีกด้วย เป็นการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น

การสอนแบบรายบุคคล

รัตนา พุ่มไพศาล (2529 : 79) ได้กล่าวถึงการสอนแบบรายบุคคลว่า เป็นการสอนที่ให้อิสระและเสรีภาพแก่ผู้เรียนในการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมที่ โดยยึดความแตกต่างเป็นรายบุคคล การสอนเป็นรายบุคคลสามารถจัดได้หลายรูปแบบ ซึ่งแต่ละรูปแบบมีพื้นฐานร่วมกัน คือ เพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนแต่ละคนมีเสรีภาพในการเรียนแล้วศึกษาความรู้ด้วยตนเองตามความสนใจ และความสามารถ

เชียรศรี วิวิธสิริ (2527 : 184) กล่าวว่า การสอนแบบรายบุคคล หมายถึง การจัดผู้เรียนเพื่อที่จะให้เรียนได้คนเดียว เช่น การศึกษาหรือเรียนรู้ด้วยตนเอง การสอนโดยใช้บทเรียนสำเร็จรูป การสอนทางไปรษณีย์ การสอนโดยใช้ระบบการศึกษาทางไกล หรือการสอนแบบตัวต่อตัว

ทองอินทร์ วงศ์โสธร (2524 : 3-4) ได้ให้ความหมายของการสอนแบบรายบุคคลว่าเป็นกระบวนการที่กำหนด เพื่อให้ผู้เรียนแต่ละคนมีโอกาสที่จะตรวจสอบความต้องการของตนเลือกวิชาสอนหรือวิธีเรียนที่เหมาะสมกับตน ก้าวไปตามความสามารถของตน และมีโอกาสทราบความก้าวหน้าของตนอย่างสม่ำเสมอ

อุณา นพคุณ (2527 : 154) ได้กล่าวถึงการจัดการเรียนสำหรับรายบุคคลว่าเป็นกลยุทธ์ที่จัดขึ้นสำหรับผู้เรียนเป็นรายบุคคล ซึ่งผู้เรียนจะเป็นผู้กำหนดอัตราความเร็วในการเรียนเอง การเรียนตามกลยุทธ์นี้เหมาะสมสำหรับผู้เรียนที่ป่วยกำลังพักฟื้น นักโทษในคุกขังและผู้ที่อยู่ห่างไกล การจัดการเรียนการสอนแบบนี้จะช่วยให้ผู้เรียนเรียนได้ในสถานที่ต่าง ๆ เช่น ตามบ้าน ที่ทำงาน ฯลฯ

รังสรรค์ ทิมพันธ์วงศ์ และอรุณ บริดีศิลป์ (2527 : 64) ได้กล่าวถึงความหมายของการสอนแบบรายบุคคลว่า เป็นวิธีการสอนที่ใช้ในกรณีที่ผู้เรียนแต่ละคนจะต้องแยกกันเรียนหรือไม่สามารถมาเรียนรวมกันเป็นกลุ่มได้ และบางครั้งผู้เรียนไม่ประสงค์จะเรียนร่วมกัน หลักการพื้นฐานในการสอนเป็นเรื่องความสัมพันธ์ของบุคคลต่อบุคคล ระหว่างผู้เรียนกับผู้สอนโดยผู้สอนให้งานผู้เรียนทำโดยอิสระและมีการประเมินผลงานที่ได้รับมอบหมาย

สรุปว่า การสอนแบบรายบุคคล หมายถึง การจัดการเรียนการสอนที่มุ่งให้ผู้เรียนมีอิสระในการศึกษาหาความรู้ด้วยตนเอง โดยยึดความแตกต่างเป็นรายบุคคลมุ่งให้ผู้เรียนแต่ละคนก้าวไป ตามความสามารถของตน โดยไม่ต้องรอกัน

หลักการสอนแบบรายบุคคลมีว่ามนุษย์นั้นแตกต่างกัน การสอนแบบเดียวจะเหมาะสำหรับคนทุกคนนั้นย่อมเป็นไปไม่ได้ยาก จึงต้องมีการปรับปรุงการสอนให้เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการ และความสามารถของแต่ละบุคคล ผู้เรียนไม่จำเป็นต้องเข้าเรียนในชั้น ไม่จำเป็นต้องเข้าฟัง การบรรยายจะเรียนที่ไหน เมื่อไรได้ตามความสะดวกของตนเอง ผู้เรียนจะเรียนด้วยตนเอง โดยที่ผู้สอนไม่ต้องถ่ายทอดความรู้โดยการพูด แต่ใช้วัสดุอุปกรณ์อย่างอื่น เช่น หนังสือ เทป วีดีโอ เทป เพื่อการถ่ายทอดแทน (ทองอินทร์ วงศ์โสธร 2524 :13-14) เอนกกุล กรีแสง (2520: 187) ได้แบ่งการสอนแบบรายบุคคลออกเป็น 3 รูปแบบ คือ รูปแบบที่ 1 เป็นการสอนผู้เรียนกลุ่ม เล็ก ๆ ที่มีคุณลักษณะบางประการที่คล้ายคลึงกัน รูปแบบที่ 2 เป็นการช่วยเหลือผู้เรียนเฉพาะราย านกรณีที่ผู้เรียนมีปัญหาที่ทำให้การเรียนไม่ราบรื่น ตัวอย่างการสอนเช่นนี้คือ การใช้ครูที่เลี้ยง รูปแบบที่ 3 เป็นการสอนที่มุ่งให้ผู้เรียนได้ศึกษาค้นคว้าหรือเรียนด้วยตนเอง (Self-Instruction) วิธีการที่นำมาใช้สอนตามรูปแบบนี้คือ การสอนโดยใช้สื่อการสอนเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเอง เช่น ชุดการสอน สิ่งพิมพ์ต่าง ๆ บทเรียนแบบโปรแกรม วิทยุ เทป เป็นต้น

หนังสือคู่มือและการสร้างหนังสือคู่มือ

เชียรศรี วิวิธสิริ (2530 : 64) กล่าวว่าสื่อการเรียนการสอนคือ วัสดุ อุปกรณ์ วิธี การหรือเทคนิคที่ใช้เป็นสื่อกลางให้ผู้สอนส่งหรือถ่ายทอดความรู้ เจตนาคติ และทักษะไปยังผู้เรียน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น หนังสือคู่มือจัดเป็นสื่อการเรียนการสอนประเภทวัสดุ ซึ่งสามารถ เสนอเรื่องราวได้ด้วยตัวของมันเอง

โกชัย สาริกบุตร และสมพร สาริกบุตร (2521 :1) ได้กล่าวว่าหนังสือคู่มือเป็นหนังสือ ที่ใช้เป็นกุญแจสำหรับไขเมื่อเกิดความข้องใจ ต้องการคำอธิบายต้องการให้เฉลยปัญหา หรือต้องการหาความรู้บางอย่างให้ได้คำตอบอย่างรวดเร็ว

กิดานันท์ มลิทอง (2531 : 83) กล่าวว่าหนังสือเรียน คู่มือและสื่อสิ่งพิมพ์อื่นๆ สามารถให้ความหมายต่อประสบการณ์การเรียนรู้แก่ผู้เรียนได้โดยนำเสนอเหล่านี้ไปใช้เพื่อเป็นความรู้พื้นฐานและอ้างอิง

หนังสือคู่มือซึ่งเป็นสื่อการเรียนการสอนประเภทวัสดุสิ่งพิมพ์ มีทั้งข้อดีข้อเสีย ดังนี้

ข้อดีคือ เป็นวิธีการเรียนรู้ที่ดีที่สุด สามารถอ่านได้ตามอัตราความสามารถของแต่ละบุคคลเหมาะสำหรับการอ้างอิงหรือทบทวน เหมาะสำหรับการผลิตเพื่อแจกเป็นจำนวนมากและสะดวกในการแก้ไข อีกทั้งยังช่วยให้ผู้รับความรู้ไม่จำเป็นต้องบันทึกการบรรยายอีก

ข้อเสียคือ ต้นทุนการผลิตค่อนข้างสูง ถ้าจะให้ได้สิ่งพิมพ์ที่มีคุณภาพดี บางครั้งข้อมูลล้าสมัยง่ายต้องปรับปรุงอยู่เสมอและผู้ที่ไม่รู้หนังสือไม่สามารถอ่านได้ (กิดานันท์ มลิทอง 2531 : 94)

เนื่องจากหนังสือคู่มือเป็นสื่อการเรียนการสอนชนิดหนึ่ง ซึ่งผู้สอนนำใช้ถ่ายทอดความรู้ เจตนา และทักษะไปสู่ผู้เรียน ดังนั้นการสร้างหนังสือคู่มือจึงใช้แนวคิดเดียวกันกับการผลิตสื่อ โดยดำเนินการตามขั้นตอนหลักดังนี้

1. วางแผน คิดพิจารณาว่าจะทำอะไร อย่างไร กำหนดกลุ่มเป้าหมาย
2. สืบหาข้อมูลหรือสภาพปัญหา ซึ่งจะทำให้ได้มาซึ่งหลักการปรัชญา หรือนโยบายและรายละเอียดในการทำงานต่อไป
3. วิเคราะห์สภาพปัญหาทำให้ได้มาซึ่งความกระจ่างของข้อมูลที่รวบรวมได้ เพื่อนำผลไปใช้ต่อไป
4. พัฒนาหรือกำหนดเนื้อหาจะมีอะไร อย่างไร ต้องให้สอดคล้องตามสภาพที่วิเคราะห์
5. พัฒนาสื่อที่จะใช้ช่วยในการถ่ายทอดเนื้อหาไปยังผู้รับ
6. ทดลองใช้สื่อเพื่อทดสอบประสิทธิภาพ โดยทดลองใช้กับรายบุคคลหรือเป็นกลุ่ม
7. ประเมินผลสื่อ โดยพิจารณาตามข้อมูลที่ได้รับจากการทดลองใช้ ซึ่งอาจได้มาจากหลายวิธี เช่น ทดสอบ สัมภาษณ์ ฯลฯ

8. ปรับปรุง หลังจากที่ได้ทดลองและประเมินผลการใช้สื่อแล้วให้นำสื่อนั้นมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขในส่วนที่ยังบกพร่องอยู่

9. นำไปใช้จริง เมื่อทดสอบแก้ไขปรับปรุงสื่อจนมีคุณภาพดีแล้ว จึงนำไปเผยแพร่หรือใช้งานตามที่วางแผนไว้ได้ต่อไป (เชียรศรี วิวิธสิริ 2530 :76-77)

การที่ผู้เขียนจะเขียนหนังสือคู่มือได้เนื้อหาสาระดีมาน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับว่าได้มีการวางแผนไว้อย่างรอบคอบมากน้อยเพียงใด หลักในการเขียนหนังสือซึ่งผู้เขียนควรจะทำก่อนที่จะลงมือเขียน คือ จะเขียนให้ใครอ่าน จะเขียนอะไร เขียนทำไม เขียนเมื่อไร เขียนที่ไหน และเขียนอย่างไร การเขียนหนังสือควรเขียนให้อ่านง่ายเข้าใจง่าย โดยมีเนื้อหาที่ทำให้ประโยชน์แก่ผู้อ่านใช้ประโยชน์สั้น ๆ ชัดเจน เป็นประโยชน์บอกเล่าตรงไปตรงมา ใช้คำศัพท์ง่าย ๆ ที่คนทั่วไปอ่านแล้วเข้าใจดีควรออกแบบกรุปเล่มให้สวยสะดุดตาและจูงใจผู้อ่าน ขนาดของตัวอักษรที่จะใช้ควรมีขนาดใหญ่พอเหมาะกับวัยของผู้อ่าน มีภาพประกอบเนื้อเรื่องเพื่อชวนให้น่าสนใจ เกิดความเข้าใจและจดจำได้ดีขึ้น ควรย่อหน้าสั้น ๆ เพื่อให้ผู้อ่านเกิดความรู้สึกว่าเนื้อความไม่ยาวมากจนท้อใจที่จะอ่าน และมีการเว้นที่ว่างไว้ เพื่อให้ผู้อ่านได้พักสายตาบ้างเป็นระยะ ๆ (ทวีป อภิลิทธิ 2527 : 10-13)

คอส และคัลเบิร์ต (Kos and Culbert 1971 :524) ได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสิ่งพิมพ์ใช้สอนผู้ป่วยว่า การเตรียมเอกสารเล่มเล็ก ๆ แจกให้กับผู้ป่วยนับว่ามีความสำคัญมาก เพราะเอกสารใดที่มอบให้ผู้ป่วยนำกลับบ้านจะช่วยเตือนความจำของผู้ป่วย เนื่องจากสามารถอ่านซ้ำได้เมื่อต้องการ ดังนั้นการสร้างหนังสือคู่มือสำหรับผู้ป่วยเฉพาะโรคเพื่ออธิบายแนะนำเกี่ยวกับโรค วิธีปฏิบัติตนและเนื้อหาสาระประโยชน์อื่น ๆ ที่จำเป็นจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่จะถ่ายทอดความรู้ให้แก่ผู้ป่วยโดยให้เรียนรู้ด้วยตนเอง แล้วนำความรู้ที่นั้นไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ตลอดจนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ต่อไป และควรมอบหนังสือคู่มือให้ผู้ป่วยนำกลับบ้าน เพื่อจะได้ศึกษาซ้ำได้อีกเมื่อมีปัญหาหรือข้อข้องใจ

แนวคิดเกี่ยวกับการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมมาการสอนผู้ป่วย

การสอนผู้ป่วยเป็นขบวนการที่ช่วยเหลือบุคคลให้เรียนรู้ และสามารถมีพฤติกรรมอนามัยที่เหมาะสมการดำรงชีวิต การเรียนรู้เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังนั้นการสอนผู้ป่วยจึงเป็นขบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสอนผู้ป่วยเป็นการให้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาลได้ถูกต้อง และช่วยให้พวกเขาสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข และการสอนที่มีประสิทธิภาพควรจะสอนทั้งผู้ป่วยและครอบครัวด้วย (Smith 1989 : 584)

ดีล (Diehl 1989 :257) กล่าวว่า การฟื้นฟูสภาพเป็นขบวนการที่ช่วยสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมของพวกเขาได้อย่างปกติสุข การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวจึงเป็นส่วนประกอบที่สำคัญในขบวนการฟื้นฟูสภาพการสอนผู้ป่วยและครอบครัวจะช่วยให้พวกเขาได้รับข้อมูลความรู้ใหม่ ๆ มีการพัฒนาทักษะ และสามารถนำเอาความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมอนามัยไปในทางที่ดีขึ้น คือสามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้เร็วขึ้น ป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้นได้ และสามารถดูแลตนเองได้

ครอบครัวเป็นสิ่งคมแรกของมนุษย์ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ซึ่งเป็นเสมือนแหล่งสนับสนุนส่งเสริมที่สำคัญในการช่วยฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ศัลยกรรมกระดูกระยะพักฟื้น ดังที่ แคแพลน (Caplan 1974 :4-7) กล่าวว่า ระบบการสนับสนุนจากสังคมจำเป็นต่อการดำเนินชีวิตเป็นอย่างดี โดยเฉพาะในยามเจ็บป่วยหรือมีปัญหา ซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นการสนับสนุนจากคนในกลุ่มเครือญาติหรือกลุ่มเพื่อนสนิท และถ้าบุคคลในครอบครัวเข้าเจ็บป่วยของตนเองและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง จะทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ และดีล (Diehl 1989 : 258, 260) ยังได้กล่าวสนับสนุนว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการฟื้นฟูสภาพมีผลกระทบต่อความสำเร็จในการฟื้นฟูสภาพทั้งตัวผู้ป่วยเองและครอบครัว ดังนั้นถ้าญาติหรือครอบครัวของผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับความเป็นไปของโรค หลักการรักษาและการปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง ย่อมสามารถช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพได้

สมิธ (Smith 1989 :585-586) กล่าวว่า การสอนผู้ป่วยและครอบครัวจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตประจำวันที่มีการ

เปลี่ยนแปลงไปตลอดจนทำให้ครอบครัวของผู้ป่วยสามารถยอมรับสภาพเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การดำรงชีวิตและบทบาทใหม่ของผู้ป่วยในครอบครัวได้

นอกจากนี้ครอบครัวยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ของผู้ป่วย ซึ่งคลอบ (Klob 1959 : 749) ได้กล่าวว่า ครอบครัวเป็นองค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ และวาสนเนอร์ (Wassner 1982 : 87-88) ได้กล่าวว่า สัมพันธภาพในครอบครัวและการเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยสามารถช่วยผู้ป่วยปรับตัวยอมรับภาพลักษณ์ใหม่ของตนเองได้ ภาพลักษณ์ของบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงได้จากการเรียนรู้ (สมพันธ์ทิพย์ ธีระนันท์ 2532 : 7) และการสอนให้ความรู้แก่ผู้ป่วยสามารถช่วยคงไว้ซึ่งความรู้สึกในทางบวกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง (Wilson - Barnett 1988 : 219)

ไมเซนไฮม์ (Meisenheimes อ้างถึงใน ศิริพร ชัมภลิต 2530 : 173) กล่าวว่า ครอบครัวมีความสำคัญโดยจะเป็นทั้งแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เป็นผู้ให้การสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านร่างกาย จิตใจและจะเป็นผู้ที่ช่วยแก้ไข้ปัญหาเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านแล้ว บุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยจะมีอิทธิพลอย่างมากในการที่จะช่วยให้อาการเจ็บป่วยหายเร็วขึ้น

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า ถ้าผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการช่วยเหลือในการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ การเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดขึ้น วิธีการปฏิบัติตนอย่างถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนเพื่อฟื้นฟูสภาพ และสามารถเปลี่ยนแปลงความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนไปในทางที่ดีขึ้นได้

สุรีย์ จันทรโมลี (2521 : 35-36) ได้กล่าวถึงความสำคัญและประโยชน์ของการสอนสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติดังนี้

ญาติหรือครอบครัวของผู้ป่วยมีบทบาทและอิทธิพลอย่างมากต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัยของผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยมีส่วนสนับสนุนหรือคัดค้านและมีส่วนร่วมตัดสินใจของผู้ป่วยในการให้การรักษของแพทย์ ญาติผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ทั้งนี้เนื่องจากญาติขาดความรู้ความเข้าใจ เพราะเจ้าหน้าที่ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยฝ่ายเดียวมักจะลืมให้ความรู้แก่ญาติด้วย ซึ่งผู้ป่วยอาจจะถ่ายทอดความรู้ให้กับญาติไม่ถูกต้อง เพราะความหลงลืม ความไม่แน่ใจ ไม่เข้าใจ ญาติผู้ป่วยจำนวนมากต้องการที่จะมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อ

กลับไปอยู่บ้าน ดังนั้นควรมีการสอนสุขศึกษาแก่ญาติผู้ป่วยด้วย ซึ่งผลประโยชน์ที่ได้จากการสอนผู้ป่วยและญาติ คือ

1. ช่วยปรับแนวคิด ความเชื่อ ทศนคติ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติด้านอนามัยไปในทางที่ถูกต้อง
2. ญาติจะให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องในเรื่องต่าง ๆ เช่น การรับประทานอาหาร ยา การออกกำลังกาย การปฏิบัติตนตามคำแนะนำ การไปตรวจตามนัด
3. ญาติรู้จักสังเกตความผิดปกติของผู้ป่วยที่จะเกิดล่วงหน้า เพื่อจะได้รับหาทางป้องกันในระยะเริ่มต้น
4. ผู้ป่วยที่มีภาวะความกดดันทางจิตใจ เช่น คิดมาก อารมณ์ไม่ปกติ หรือความผิดปกติที่เกิดเนื่องจากการเจ็บป่วย ญาติซึ่งอยู่ใกล้ชิดจะได้เข้าใจ เห็นใจผู้ป่วย เป็นการช่วยให้ญาติได้เรียนรู้ถึงวิธีการให้กำลังใจ สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้เข้าใจ ยอมรับปัญหาการเจ็บป่วย เพิ่มความพยายามเอาชนะการเจ็บป่วยของตัวเอง
5. เมื่อญาติมีความรู้ ความเข้าใจก็สามารถให้ความร่วมมือในการช่วยฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้เข้าสู่สภาวะปกติได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้และใช้เวลารวดเร็วขึ้น

สรุปได้ว่า การเรียนรู้เพื่อฟื้นฟูสภาพไม่ว่าจะเกิดในระหว่างที่ผู้ป่วยพักอยู่ในโรงพยาบาล หรือที่บ้านก็เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว การให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการสอนผู้ป่วยจะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเลือกกระทำกิจกรรมด้วยตนเองหรือปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ทั้งยังช่วยประคับประคองให้กำลังใจผู้ป่วย มีผลทำให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพได้โดยเร็ว และมีการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ไปในทางที่ดีขึ้น หรือผู้ป่วยสามารถปรับตัวยอมรับภาพลักษณ์ของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไปได้

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยกระดูกหัก

กระดูกหักเป็นปัญหาสำคัญที่สุดของระบบกระดูก และข้อจากความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ทำให้อัตราการเกิดอุบัติเหตุเพิ่มมากขึ้น จำนวนหรือปัญหาผู้ป่วยกระดูก

หักก็มีมากขึ้น การให้การรักษาพยาบาลที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย และการที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนตามแผนการรักษาได้อย่างถูกต้องจะช่วยทำให้กระดูกติดกันได้เร็ว ไม่มีโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้นภายหลัง ตลอดจนทำให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพปกติได้เร็วขึ้น

กระดูกหัก (Fracture) หมายถึง การแตกของกระดูกโดยมีการแยกชิ้นส่วนออกเป็น 2 ส่วนหรือมากกว่า รวมทั้งมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อบริเวณกระดูกส่วนนั้นด้วย (Watson 1979 : 901) นอกจากนี้วารสาร สัตยวิวัฒน์ (2529 : 33) ได้กล่าวถึงกระดูกหักไว้ว่า หมายถึงการที่ส่วนประกอบของกระดูกแตกแยกออกจากกัน อาจเป็นการแตกแยกโดยสิ้นเชิง หรือยังมีส่วนที่ติดอยู่บ้างก็ได้ และเมื่อมีกระดูกหักไม่เพียงแต่กระดูกเท่านั้นที่ได้รับอันตราย เนื้อเยื่อโดยรอบกระดูก เส้นเลือด เส้นประสาท เอ็น ก็ได้รับอันตรายด้วย

พยาธิวิทยาของกระดูกหัก

เมื่อมีกระดูกหักโดยสาเหตุใดก็ตาม สิ่งที่มาตามอันดับแรกคือ มีเลือดออกบริเวณที่กระดูกหักจากตัวกระดูกเอง หรือจากเนื้อเยื่อที่ได้รับอันตราย จำนวนเลือดที่ออกแตกต่างกัน อาจรุนแรงจนมีอันตรายต่อชีวิตหรือเพียงปานกลาง อาจมีอาการช็อคตามมาภายหลังการสูญเสียเลือดจำนวนมาก เลือดที่ออกอาจเข้าไปในเนื้อเยื่อรอบ ๆ กระดูกที่หัก หรือออกมาข้างนอกทางบาดแผลที่เกิดขึ้น ในผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักเลือดอาจเข้าไปในกล้ามเนื้อต้นขา โดยไม่มีอาการของเลือดออกมาภายนอกเฉพาะที่ เลือดที่ซ่อนอยู่นี้ต้องได้รับการพิจารณาอย่างทันที่ มิฉะนั้นผู้ป่วยอาจจะช็อคจากการเสียเลือดได้ เมื่อเลือดหยุดไหลจะเกิดก้อนเลือด (hematoma) รอบ ๆ กระดูกหัก ก้อนเลือดนี้ต่อไปจะเป็นส่วนสำคัญในกระบวนการซ่อมแซมการหายของกระดูก สิ่งที่เกิดตามมาอันดับสองภายหลังกระดูกหัก ได้แก่ การสูญเสียความมั่นคง ของระบบกระดูกซึ่งจะมองเห็นความพิการได้ชัดเจนในกระดูกยาว ชนิดและตำแหน่งของกระดูกหักใช้พิจารณาระดับของความพิการและการสูญเสียความมั่นคงของส่วนนั้น สิ่งที่เกิดตามมาเป็นอันดับสาม คือการสูญเสียหน้าที่ของเส้นประสาทชั่วคราวที่บริเวณกระดูกหัก ภายหลังการปวดแบบปวดจี๊ด (sharp pain) ที่บริเวณกระดูกหัก ส่วนนั้นจะเริ่มชา กล้ามเนื้อรอบ ๆ อ่อนเปื่อย ระยะนี้เรียกว่าช็อคชั่วคราว (local shock) ระยะนี้อาจสิ้นสุดในสองสามนาทีถึงครึ่งชั่วโมง กระดูกที่หักอาจจะเข้าที่ได้ง่าย และมีความเจ็บปวดเพียง

เล็กน้อย อย่างไรก็ตามความเจ็บปวดนั้นจะกลับมาอีกร่วมกับการเกร็งและหดของกล้ามเนื้อรอบ ๆ การเคลื่อนไหวบริเวณกระดูกหักทำให้เกิดความเจ็บปวด

ถ้ากระดูกหักเข้าในข้อ จะมีเลือดออกในข้อ (hemarthrosis) ทำให้ข้อตึงมากปวดและขยับข้อลำบาก การดูดเลือดออกจากข้อต้องใช้วิธีการที่ปราศจากเชื้อ เพื่อป้องกันการนำเชื้อโรคเข้าในข้อ กระดูกหักอาจทำให้เกิดอันตรายต่ออวัยวะใกล้เคียง เช่น กระดูกเชิงกรานหัก อาจมีอันตรายต่อกระเพาะปัสสาวะ ท่อปัสสาวะ กระดูกซี่โครงหักจะมีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด (pneumothorax) กระดูกสันหลังหักทำให้ไขสันหลังและรากประสาทได้รับอันตรายผู้ป่วยอาจมีอัมพาตร่วมด้วย

สาเหตุที่ทำให้กระดูกหัก

1. จากความแรง (Force violence) ซึ่งแบ่งเป็น

1.1 แรงมากระแทกต่อกระดูกโดยตรง (Direct violence) กระดูกจะหักตรงตำแหน่งที่แรงกระทำนั้น เช่น ญาติบริเวณปลายแขน กระดูกปลายแขน (Both bones forearm) จะหักตำแหน่งเดียวกันทั้งกระดูก ulna และกระดูก radius แนวของกระดูกหักมักเป็นแบบตามขวาง (transverse)

1.2 แรงมากระแทกต่อกระดูกโดยทางอ้อม (Indirect violence) กระดูกจะหักตรงที่ห่างออกไปจากแรงที่มากระทำ หรือแรงกระแทกที่จุดหนึ่งแล้วทำให้เกิดการหักของกระดูกอีกจุดหนึ่ง เช่น ทกล้มมาใช้มือยันพื้นในท่าแขนเหยียดทำให้กระดูกข้อศอกหัก แนวของกระดูกหักมักเป็นแบบเฉียง (oblique) หรือเป็นมันโคเวียน (spiral)

2. จากกล้ามเนื้อกระดูกหรือหดตัวเต็มแรง (Muscular violence) เช่น การหดตัวอย่างแรงทันทีของกล้ามเนื้อ quadriceps จากท่าวิ่งที่เข่างอ หรือกระโดดทำให้กระดูกสะบ้าแตกในแนวขวาง

3. จากกระดูกนั้นมีโรคหรือพยาธิสภาพอยู่ก่อนแล้ว (Pathological fracture) เช่น กระดูกอักเสบ (osteomyelitis) เนื้องอกของกระดูก (bone tumor) ทำให้กระดูกนั้นเปราะบางหักได้ง่าย

4. จากความเค้นสูง (Fatigue fracture หรือ stress) มักพบในกลุ่มของทหารที่เดินรบเท้าแรง ๆ เป็นเวลานาน ๆ ทำให้กระดูก metatarsal หัก บางครั้งเรียก March fracture

นอกจากนี้เหตุที่ส่งเสริมทำให้กระดูกหักคือ ผู้ชายมีโอกาสกระดูกหักมากกว่าผู้หญิง จากการประกอบอาชีพ เช่น ต้องปีนป่ายสูง ๆ คนสูงอายุมีกระดูกเปราะบางกว่าคนอายุน้อย แม้มีแรงกระแทกเพียงเล็กน้อยก็ทำให้กระดูกหักได้ง่าย ตำแหน่งของกระดูกบริเวณแขน ขา จะหักได้ง่ายกว่าที่อื่น (วรรณิ สัตยวิวัฒน์ 2529 : 36)

ประเภทของกระดูกหัก

กระดูกหักแบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ ดังนี้

1. กระดูกหักอย่างธรรมดา (Simple or closed fracture) หมายถึงกระดูกที่หักแล้วไม่มีบาดแผลทะลุจากรอยกระดูกที่หักถึงผิวหนังภายนอก

2. กระดูกหักที่มีบาดแผล (Open or compound fracture) หมายถึงกระดูกหักที่มีทางติดต่อระหว่างผิวหนังด้านนอกกับรอยหักซึ่งมีโอกาสจะได้รับเชื้อโรคเข้าไปในกระดูกได้ง่าย กระดูกหักประเภทนี้มี 2 แบบ คือ แบบที่ 1 มีปลายกระดูกแหลมแทงทะลุผิวหนังออกมา แบบนี้ทำให้เนื้อเยื่อฉีกขาดตามทางที่ผ่านออกมาแต่ความสกปรกจะไม่มาก แบบที่ 2 กระดูกหักจากแรงกระทำภายนอกทะลุเข้าไป เช่น ถูกยิง ถูกแทง แบบนี้บาดแผลสกปรก เพราะมีสิ่งสกปรกภายนอกปะปนเข้าไปอยู่ภายในด้วย

การรักษากระดูกหัก

จุดประสงค์ในการรักษากระดูกหักไม่ใช่เพียงแต่ให้กระดูกติดเท่านั้น แต่เพื่อให้มีรูปร่างและทำหน้าที่ได้เหมือนปกติหรือใกล้เคียงปกติให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ตลอดจันต้องป้องกันความพิการ โรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นด้วย หลักและขั้นตอนการรักษากระดูกหักมีดังนี้

1. การจัดเข้าที่ (Reduction) คือการจัดกระดูกที่หักให้เข้าที่มี 2 วิธี คือ

1.1 การจัดการกระดูกที่หักเข้าที่โดยไม่ทำการผ่าตัดลงไปบริเวณกระดูกหัก (Closed reduction) ซึ่งแบ่งเป็น 2 วิธี คือการดึงด้วยมือและการดึงโดยใช้น้ำหนักถ่วง

1.2 การจัดการกระดูกที่หักเข้าที่โดยการผ่าตัด (Open reduction) และใช้โลหะยึดตรึงไว้ (Internal fixation) เช่น สกรู (Screw) เพลท (Plate) ร่วมกับสกรู (screw) เข็มโลหะ (pin) ลวด (wire) แกนโลหะใส่ในโพรงกระดูก (intramedullary nail)

ผลดีของการทำผ่าตัด คือสามารถจัดการกระดูกที่หักเข้าที่ได้ 100 % หรือเกือบ 100 % สามารถยึดหรือตรึงกระดูกที่หักไม่สามารถหลุดออกมาอีก ช่วยป้องกันโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากการนอนนาน ๆ และช่วยให้อวัยวะที่ผ่าตัดทำงานได้เร็ว การทำผ่าตัดจัดการกระดูกให้เข้าที่ถึงแม้จะมีผลดีอยู่มากแต่ก็มีข้อเสียหรืออันตรายที่อาจเกิดจากการทำผ่าตัดได้ คือ อาจมีการติดเชื้อได้ เพราะการทำผ่าตัดทำให้ closed fracture กลายเป็น Compound fracture การจัดการกระดูกโดยการผ่าตัดมีอันตรายต่อเส้นเลือดที่มาเลี้ยงกระดูกส่วนที่หัก อาจทำให้กระดูกติดเชื้อ การตรึงกระดูกที่หักถ้าไม่แน่นจริงทำให้ปลายกระดูกเคลื่อนไหวโลหะหักหรืองอได้ การผ่าตัดทำให้เกิดแผลเป็นขัดขวางการทำงานของข้อหรือการเคลื่อนไหว การผ่าตัดจะทลายเนื้อเยื่อรอบกระดูก ทำให้การหายของแผลช้ากว่าเดิม และการใส่สิ่งแปลกปลอมซึ่งส่วนมากเป็นโลหะอาจเกิดปฏิกิริยาต่อต้านทางร่างกายได้ และสุดท้ายผู้ป่วยต้องได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัดอีกครั้งหนึ่งเพื่อเอาโลหะออก

2. การจำกัดการเคลื่อนไหว (Retention or Immobilization) คือการให้กระดูกที่จัดเข้าที่แล้วอยู่นิ่ง ๆ จนกว่า callus (เนื้อเยื่อระยะแรกที่จะเจริญเป็นเนื้อกระดูก) จะเกิดแข็งแรงเพียงพอ การเกิด union อาจเป็นสัปดาห์ เป็นเดือน หรือเป็นปี จุดประสงค์ในการให้กระดูกอยู่นิ่ง ๆ เพื่อป้องกันการเลื่อนผิดท่าของชิ้นกระดูก ป้องกันการเคลื่อนไหว ซึ่งทำให้การติดของกระดูกถูกขัดขวาง เพราะเส้นเลือดที่สร้างใหม่ถูกทลายและช่วยลดความเจ็บปวด การจำกัดการเคลื่อนไหวเพื่อให้กระดูกอยู่นิ่ง ๆ มี 2 วิธี คือ

2.1 การจำกัดการเคลื่อนไหวภายนอก (External Immobilization) เช่น การเข้าเฝือกปูน (Cast หรือ Plaster of Paris Splint-P.P.S.) หรือเฝือกตาม (Slab) หรือการดึงโดยใช้น้ำหนักถ่วง (Traction) ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย โดยเฉพาะการยึดติดของข้อต่อ

2.2 การจำกัดการเคลื่อนไหวกายใน (Internal Immobilization) โดยการผ่าตัดจัดกระดูกเข้าที่แล้วใส่โลหะยึดตรึงภายใน (Open Reduction and Internal Fixation) เพื่อรักษากระดูกหักให้อยู่ในท่าที่ถูกต้องและมีความมั่นคงดี ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

3. การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เป็นการฟื้นฟูรักษาสุขภาพของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจให้กลับสู่สภาพเดิมหรือใกล้เคียงปกติให้มากที่สุด ป้องกันโรคแทรกซ้อนหรือความพิการที่อาจจะเกิดขึ้น

ภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัดยึดกระดูก

ภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดจัดกระดูกให้เข้าที่แล้ว เมื่ออาการหลังการผ่าตัดดีขึ้น อยู่ในระยะที่ฟื้นอันตรายนแล้ว ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการฟื้นฟูสภาพของตนเองให้กลับสู่สภาพปกติ ในระยะฟื้นฟูสภาพนี้ผู้ป่วยจะมีสภาพร่างกายโดยทั่วไปดีขึ้น แต่จำเป็นต้องจำกัดการเคลื่อนไหวนบริเวณกระดูกหักจนกว่ากระดูกจะติดกันดี ซึ่งต้องใช้เวลาประมาณ 8-12 สัปดาห์ ซึ่งในระยะนี้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เป็นอิสระ ดังนั้นหากผู้ป่วยปฏิบัติตนไม่ถูกต้องตามแผนการรักษา อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ดังนี้

ภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายที่เกิดกับระบบต่าง ๆ ได้แก่ เวียนศีรษะ แผลกดทับ มีสาเหตุจากการนอนหรือนั่งท่าเดียวนาน ๆ ปวดขมวมเกิดจากการนอนนาน ๆ หายใจเบาขึ้นมีเสมหะ คั่งค้าง บัสสาวะไม่ออกหรือเกิดก่อนนิ่วในไตได้ซึ่งเกิดจากการดื่มน้ำน้อย นอนท่าเดียวนาน ๆ บัสสาวะคั่งค้างตกตะกอน ข้อแข็งเกิดจากการที่ไม่มีการเคลื่อนไหวของข้อ กล้ามเนื้อลีบเกิดจากกล้ามเนื้อไม่ได้ใช้งาน เกิดจากเอ็นกล้ามเนื้ออ่อนแอ กระดูกติดผิดท่า (Malunion) หรือกระดูกติดล่าช้า (Delay union) หรือกระดูกไม่ติด (Non Union) ซึ่งการติดของกระดูกผิดปกติทั้ง 3 ภาวะนี้เกิดจากการติดเชื้อ การขาดสารอาหารหรือการลงน้ำหนักเร็วเกินไป ทำให้กระดูกอยู่นิ่งไม่เพียงพอ

ภาวะแทรกซ้อนทางด้านจิตสังคม เนื่องจากอุบัติเหตุเป็นความวิกฤตที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้องอยู่ในสภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงรูปร่าง ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวและความพิการที่เกิดขึ้นหรือหลงเหลืออยู่ ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่น เกิดความกลัวครอบครัวจะวิบัติ บทบาทหน้าที่เปลี่ยนแปลงไป สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวล หวาดกลัว โกรธ ลดคุณค่าในตัวเอง รู้สึกอับอาย เป็นบมค้อย ซึมเศร้า นอกจากนี้จากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติทำให้รายได้ลดลง ในขณะที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีผลต่อเศรษฐกิจของครอบครัว และมีผลต่อสัมพันธ์ภาพในครอบครัวด้วย และผลกระทบเหล่านี้ยิ่งก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตสังคมมากขึ้น

แนวคิดของภาพลักษณ์

ความหมายของภาพลักษณ์ (Body Image)

กรุนด์มานน์ (Gruendemann 1975 : 636) กล่าวว่า ภาพลักษณ์เป็นความนึกคิดวาดภาพถึงร่างกายของตน ประกอบด้วยความรู้สึกในจิตสำนึกและจิตใต้สำนึก ความเป็นจริงและการรับรู้เกี่ยวกับร่างกายของตน รูปพรรณชัดเจนของภาพลักษณ์ขึ้นอยู่กับลักษณะร่างกายภายนอกที่ปรากฏ ความรู้สึกภายในและสิ่งสำคัญอื่น ๆ ที่มากระทบหรือมีปฏิริยาต่อร่างกาย ภาพลักษณ์เป็นสิ่งที่มีการเคลื่อนที่เปลี่ยนแปลงได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเหตุการณ์แวดล้อม (การบาดเจ็บ, การผ่าตัด) แต่จะอยู่ภายในขอบเขตจำกัดหนึ่ง

สจิวตและซันดีน (Stuart and Sundeen 1983 : 245) ให้ความหมายของภาพลักษณ์ว่า เป็นสิ่งรวมเจตคติของบุคคลที่อยู่ในจิตสำนึก และจิตใต้สำนึกเกี่ยวกับร่างกายของตน รวมการรับรู้ทั้งในอดีตและปัจจุบัน เป็นความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับขนาดของร่างกาย การทำหน้าที่ของอวัยวะในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ลักษณะรูปพรรณของร่างกาย และศักยภาพหรือความสามารถของร่างกายตน

เอสเบอร์เกอร์ (Esberger 1978 : 35) กล่าวถึงภาพลักษณ์ไว้ดังนี้

1. ภาพลักษณ์เป็นการรับรู้เกี่ยวกับร่างกายและการทำหน้าที่ของร่างกายตนเอง โดยมีพฤติกรรมจากบุคคลที่สำคัญสำหรับตนเอง วัฒนธรรม และสังคมเป็นสิ่งที่มอิทธิพลต่อการรับรู้เกี่ยวกับร่างกาย
2. ภาพลักษณ์ประกอบด้วยค่านิยม เจตคติและความรู้สึก
3. ภาพลักษณ์ของบุคคลไม่คงที่ มีการเปลี่ยนแปลงตามการพัฒนาการของชีวิต
4. ภาพลักษณ์รวมถึงที่เป็นจริงและในอุดมคติ

อาจสรุปได้ว่า ภาพลักษณ์ เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคล รวมถึงเจตคติการรับรู้และความรู้สึกเกี่ยวกับลักษณะสภาพร่างกาย ขนาด การทำหน้าที่และความสามารถของร่างกายตน ตลอดจนพฤติกรรมจากบุคคลในสังคมที่มีต่อร่างกายตน ซึ่งความคิดเหล่านี้อาจอยู่ในจิตสำนึก หรือจิตใต้สำนึก ภาพลักษณ์จะมีการเปลี่ยนแปลงเสมอตลอดชีวิตของบุคคลตามพัฒนาการของชีวิต หรือการเจ็บป่วย และการได้รับบาดเจ็บ

ความสำคัญของภาพลักษณ์

ภาพลักษณ์มีความสำคัญสำหรับบุคคลทุก ๆ คน ภาพลักษณ์เป็นส่วนประกอบที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพ ความมีคุณค่าและสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Luckman and Sorensen 1974 : 82) ถือได้ว่าภาพลักษณ์เป็นมาตรฐานหรือเค้าโครงที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ และการนึกคิดที่เกี่ยวกับตัวเอง และมีอิทธิพลต่อความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติงาน ภาพลักษณ์ยังถือเป็นพื้นฐานของความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว (Identity) ความรู้สึกภาคภูมิใจและยอมรับในคุณค่าแห่งตนเอง (Norris 1978 : 5) ภาพลักษณ์ของบุคคลยังมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับอัตมโนทัศน์ในแต่ละบุคคล และเป็นส่วนสำคัญประการหนึ่ง ที่ทำให้บุคคลมีอัตมโนทัศน์ไปในทิศทางใด (Brundage & Broadwell 1987 : 410) เนื่องจากภาพลักษณ์เป็นส่วนหนึ่งของอัตมโนทัศน์ ไครเวอ์ (Driever 1976 : 174) กล่าวว่าภาพลักษณ์ก็คืออัตมโนทัศน์ทางด้านร่างกาย (Physical self) ซึ่งเป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อตนเองในเรื่องเกี่ยวกับลักษณะท่าทาง ประสิทธิภาพในการทำงานของอวัยวะ

ต่าง ๆ รวมทั้งสมรรถภาพทางเพศ และภาวะด้านสุขภาพส่วนอัตมโนทัศน์อีกด้านจะเกี่ยวข้องกับด้านส่วนตัว (Personal Self) ซึ่งเป็นการรับรู้เกี่ยวกับตนในด้านคุณค่าที่บุคคลถือเป็นการเชื่อ ค่านิยม อุดมคติ คุณค่า ความคาดหวัง ปณิธาน จึงเห็นได้ว่าภาพลักษณ์เป็นส่วนหนึ่งของอัตมโนทัศน์นั่นเอง

ภาพลักษณ์มีความสำคัญต่อความมั่นคงทางด้านจิตใจของบุคคลเป็นอย่างมาก เนื่องจากมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความรู้สึกภาคภูมิใจ และการยอมรับในคุณค่าของตนตามค่านิยมของสังคม บุคคลที่มีความพึงพอใจในภาพลักษณ์ของตน จะมีความภาคภูมิใจยอมรับในคุณค่าและนับถือตัวเองสูง ก่อให้เกิดความมั่นใจและปราศจากความวิตกกังวลในการติดต่อและมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ภาพลักษณ์จึงมีอิทธิพลต่อความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติหน้าที่การงานต่าง ๆ ในสังคมเป็นอย่างมาก การศุภคามที่เกิดจากภาพลักษณ์อาจจะทำลายการปฏิบัติหน้าที่การงาน และเป็นผลกระทบต่อสัมพันธภาพของบุคคลได้ (Wassner 1982 : 87)

พัฒนาการของภาพลักษณ์

ภาพลักษณ์เป็นสิ่งที่ไม่อยู่คงที่ จะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามการรับรู้และประสบการณ์ใหม่ ๆ ที่ได้รับ ภาพลักษณ์ของบุคคลหนึ่ง ๆ จะถูกสร้างขึ้นอย่างถูกต้องเหมาะสม ถ้าบุคคลนั้น ๆ ได้รับการตอบสนองหรือผ่านขั้นตอนต่าง ๆ ของการพัฒนาการของร่างกายอย่างถูกต้องเหมาะสม การพัฒนาการของภาพลักษณ์ตามแนวคิดของโรเบิร์ต (Roberts 1978 : 269-277) และแลมเบิร์ต และแลมเบิร์ต (Lambert and Lambert 1979 : 23-30) พอสรุปได้ดังนี้

1. วัยทารก (Infant) เป็นวัยตั้งแต่แรกเกิดจนอายุ 1 ขวบ เป็นช่วงแรกของชีวิต เมื่อแรกเกิดทารกไม่มีแนวคิดใด ๆ เกี่ยวกับภาพลักษณ์ มีเฉพาะแต่ความรู้สึกเท่านั้น เช่น หิว กระหาย เจ็บ สบาย ไม่สบาย และการตอบสนองต่อสิ่งเหล่านี้ก็ขึ้นอยู่กับมารดาหรือผู้เลี้ยงดู ต่อมาจะมีการพัฒนาการด้านการค้นหา ในบางสิ่ง เช่น การมอง การสัมผัส เมื่อหยิบจับสิ่งใดได้ก็จะนำเข้าปากจึงเรียกระยะนี้ว่าเป็นระยะปาก (oral-sensory stage) คือจุดศูนย์รวมของภาพลักษณ์ในเด็กทารกจะอยู่เฉพาะบริเวณปาก แต่เมื่อเจริญวัยถึงช่วงสุดท้ายของขวบปีแรก ทารกจะเริ่มตระหนักถึงความจริงว่าร่างกายของเขามีได้เป็นส่วนหนึ่งของร่างกายมารดาหรือบุคคลอื่น ๆ จุด

ศูนย์กลางโครงร่างของภาพลักษณ์นี้จะเป็นจุดก่อกำเนิดบุคลิกภาพของบุคคล และแผ่ขยายออกเป็นความสามารถในการเผชิญต่อความเครียด การเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการเปลี่ยนแปลงทางกายของบุคคล ช่วงของชีวิตในขณะนี้จึงมีความสำคัญต่อการมีความเชื่อมั่นหรือขาดความเชื่อมั่นของบุคคล

2. วัยเตาะแตะ (Toddler) เป็นช่วงอายุระหว่าง 1-3 ขวบ ซึ่งในวัยนี้จะมีการพัฒนาในด้านกล้ามเนื้อ เด็กเริ่มหัดเดิน รับประทานอาหารเอง สื่อความหมายด้วยวาจา และควบคุมการขับถ่าย เด็กเริ่มมีการพัฒนาการด้านการสังคม การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และสิ่งแวดล้อม มีความต้องการเป็นตัวของตัวเอง บิดามารดามีส่วนสำคัญที่จะสร้างบุคลิกภาพให้แก่เด็กว่าจะเป็นบุคคลที่พึ่งพาตนเองได้หรือไม่ ภาพลักษณ์ของเด็กในวัยนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง เพราะมีการเปลี่ยนแปลงด้านกายภาพมาก เด็กอาจมีปัญหาด้านขอบเขตทางกายภาพมาก อาจมีปฏิกิริยาต่อต้านเมื่อบิดามารดาพยายามจะตัดผมหรือตัดเล็บ ซึ่งเขามีความนึกคิดว่าสิ่งเหล่านี้เป็นส่วนของการยับยั้งขยายเจริญเติบโตของเขา เด็กในวัยนี้กำลังเรียนรู้การอยู่ในสังคม ถ้ามีการเรียนรู้ดังกล่าวไม่ประสบผลดีเด็กจะเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง สงสัย อับอาย มีความบงการ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นพื้นฐานของภาพลักษณ์ที่ไม่ดีต่อไป

3. วัยก่อนเข้าโรงเรียน (Preschooler) เป็นช่วงอายุระหว่าง 3-6 ขวบ เป็นช่วงวิกฤตในการพัฒนาการ 4 ด้านคือ ด้านเพศ การเลียนแบบบิดามารดา ด้านภาษาและความเฉลียวฉลาด และทักษะการเรียนรู้ เด็กจะเรียนรู้ความแตกต่างของอวัยวะระหว่างเพศชายและหญิง จะเรียนรู้พฤติกรรมของความเป็นเพศชาย หรือหญิง กล่าวคือ เพศชายต้องเป็นผู้มีความเข้มแข็ง บึกบึน เป็นนักกีฬา เป็นต้น ส่วนเพศหญิงต้องสุภาพอ่อนโยน เรียบร้อย เชื้อพียงอยู่ในกรอบ เด็กวัยนี้มีความสนใจใคร่รู้เกี่ยวกับอวัยวะเพศ อาจใช้มือจับลูบคลำอวัยวะเพศ และหากบิดามารดาเห็นพฤติกรรมเช่นนี้และมีการกล่าวโทษ เด็กอาจจะเกิดความรู้สึกวิตกกังวลและรู้สึกผิดอับอาย เกิดความรู้สึกขัดแย้งซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลต่อภาพลักษณ์แห่งตนโดยเฉพาะในเรื่องเกี่ยวกับเพศ

4. วัยเข้าเรียน (Schoolager) เป็นช่วงอายุระหว่าง 6-12 ปี เป็นวัยที่เด็กเข้าโรงเรียนแล้ว สังคมสิ่งแวดล้อมจึงกว้างขึ้นมาจากครอบครัวมาเป็นโลกภายนอก เด็กจะมีพัฒนาการด้านการเรียนรู้ทางวิชาการมากขึ้น มีการเปลี่ยนจากสภาพผู้เรียนรู้อยู่มาเป็นผู้จัดทำสิ่งต่าง ๆ ให้ผู้อื่นบ้าง โรงเรียนกลายเป็นแหล่งเรียนรู้และสร้างรูปแบบให้แก่เด็กมาก เด็กจะต้องมีการปรับตัวเข้า

กับสภาพโรงเรียน ซึ่งจะไม่มีผู้ใดคอยดูแลอย่างใกล้ชิดเหมือนอยู่บ้าน ความบกพร่องบางประการในตัวเด็ก เช่น การพูดไม่ชัดเจน รูปลักษณ์ทางกายภาพหรือความคิดเห็นที่แสดงออกอาจเป็นต้นเหตุที่เด็กเกิดความรู้สึกเป็นปมด้อย ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลต่อภาพลักษณ์ของเด็กเป็นอย่างมากรวมทั้งสภาพร่างกายที่เจริญวัยและมีการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างมาก

5. วัยรุ่น (Puberty and adolescence) เป็นช่วงอายุระหว่าง 13-20 ปี เป็นช่วงสิ้นสุดการเป็นเด็กและเจริญเข้าสู่วัยหนุ่มสาว มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอย่างมากทั้งด้านสัดส่วนของร่างกาย ความสูง น้ำหนัก พร้อมทั้งการเปลี่ยนแปลงที่แสดงลักษณะเฉพาะของแต่ละเพศจะมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน คือการมีขนขึ้นบริเวณอวัยวะเพศ การมีประจำเดือน เต้านมมีขนาดใหญ่ขึ้น ใบหน้าและเสียงเปลี่ยนแปลงไป วัยรุ่นจึงอาจมีความรู้สึกสับสนเกิดความไม่มั่นใจในตนเอง อับอายต่อการเปลี่ยนแปลงรูปร่างของตน สิ่งเหล่านี้เป็นการรับรู้ต่อภาพลักษณ์ของตนเอง โดยเฉพาะวัยรุ่นชอบที่จะคบเพื่อนรวมตัวเป็นกลุ่ม ซึ่งแต่ละคนมีความสนใจต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านกายภาพและสรีรภาพของกันและกัน ซึ่งอาจจะมีความคล้ายคลึงกัน หรือแตกต่างกัน วัยรุ่นจึงเป็นวัยหัวเลี้ยวหัวต่อที่สำคัญของชีวิต เป็นวัยที่กำลังสร้างภาพพจน์ให้กับตนเอง ทั้งในด้านเจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม และการวางตัวให้เหมาะสมในสังคม การปรับตัวเข้าสู่สังคมของวัยรุ่นจึงมีผลต่อการสร้างภาพลักษณ์ที่สำคัญ

6. วัยผู้ใหญ่ (Adulthood) เป็นช่วงอายุที่ยาวนาน เป็นวัยที่บุคคลมีการเลือกประกอบอาชีพ มีคู่ครอง มีครอบครัว แต่โดยส่วนรวมภาพลักษณ์ของบุคคลในวัยนี้ก็ยังคงมีการเปลี่ยนแปลง แต่ส่วนใหญ่จะมีพื้นฐานมาจากพัฒนาการในวัยต้น ๆ ของชีวิต ที่ผ่านไปแล้ว วัยผู้ใหญ่นี้อาจแบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Young adult) ช่วงอายุระหว่าง 21-40 ปี ระยะที่สองของผู้ใหญ่คือวัยกลางคน (Middle-age adult) ช่วงอายุระหว่าง 41-60 ปี และระยะสุดท้ายของวัยผู้ใหญ่คือ วัยสูงอายุ (Mature adult) เป็นช่วงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

บุคคลในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น จะเริ่มมีความรู้สึกมั่นใจในตนเอง มีความเป็นเอกลักษณ์ ลักษณะของความเป็นเพศชาย หรือเพศหญิง มีความชัดเจนมากขึ้น จะมีความสนใจและสร้างสัมพันธภาพกับเพศตรงข้าม มีความต้องการผลสำเร็จในการเข้าสู่สังคม สิ่งเหล่านี้มีความสำคัญและผสมผสานในการสร้างภาพลักษณ์ของบุคคล นอกจากนี้เมอร์เรย์ (Murray 1972 : 617) ได้กล่าวถึงภาพลักษณ์ในวัยผู้ใหญ่ว่า ภาพลักษณ์ของผู้หญิงและผู้ชายมีความแตกต่างกัน ส่วนหนึ่งเกี่ยวข้องกับ

ความแตกต่างด้านโครงสร้างการทาทาหน้าของร่างกายรวมถึงบทบาทในสังคม ผู้ชายให้ความสนใจ เพราะแสดงถึงความแข็งแรงพึ่งตนเองได้ ผู้หญิงสนใจเพราะเป็นสัญลักษณ์ของการดึงดูดความสนใจ ภาพลักษณ์ของผู้หญิงจึงเน้นที่ขอบเขตรูปร่าง การทำงานของร่างกายที่บอกถึงบทบาทหน้าที่ความเป็นผู้หญิง ส่วนผู้ชายเน้นถึงความสำเร็จของงานมากกว่าร่างกาย

ในวัยกลางคน เป็นช่วงที่ชีวิตจะอยู่นอกบ้านเป็นส่วนใหญ่อันเกี่ยวข้องกับภาระงาน การสร้างอนาคตที่ดีในสังคม ในขณะที่เดียวกันก็ต้องเผชิญต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมน การเสื่อมสมรรถภาพของกล้ามเนื้อในเพศหญิงอยู่ในวัยหมดประจำเดือนอันเป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในรูปร่าง ผิวพรรณที่เหี่ยวแห้งลง ความสวยงามลดลง เพศชายอาจเผชิญปัญหาผมร่วง ศีรษะล้าน ผิวหนังที่เหี่ยวแห้งงั้น กลัวต่อความรู้สึกจะสูญเสียสมรรถภาพทางเพศ สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดบุคคลในวัยกลางคนทั้งหญิงและชายมีอารมณ์หงุดหงิด กังวล ใจ ซึมเศร้า บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง รวมทั้งภาพลักษณ์ก็เปลี่ยนแปลงไปตามความสามารถในการเผชิญปัญหาเหล่านี้ของแต่ละบุคคลด้วย

บุคคลในวัยสูงอายุ อันเป็นช่วงสุดท้ายของพัฒนาการในการดำรงชีวิตของบุคคลนั้น บุคคลมักคิดถึงความตายอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายที่มีความเสื่อมลงทุกด้าน ทั้งการได้ยิน การมองเห็น การรู้สัมผัสต่าง ๆ ถดถอยลง ผิวหนังที่เหี่ยวแห้ง ผมที่เปลี่ยนสี หน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงไป สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความรู้สึกสูญเสีย วัยนี้เป็นวัยของการสูญเสียคือ สูญเสียความสมบูรณ์ของร่างกาย สูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงานการนับหน้าถือตา ความภาคภูมิใจในตนเอง ตลอดจนการสูญเสียความมั่นคงทางเศรษฐกิจ การสูญเสียคู่ครองและเพื่อนฝูง ความรู้สึกต่อการสูญเสียทั้งหลายนี้ย่อมมีผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของบุคคลนั้น ความรู้สึกต่อภาพลักษณ์ของตนจะดีหรือเลว ย่อมขึ้นอยู่กับที่ยอมรับสภาพความเป็นจริง ความสามารถในการเผชิญปัญหา และการช่วยเหลือที่ถูกต้องจากบุคคลที่แวดล้อมที่จะขจัดความรู้สึกที่หมดหวัง เศร้า เสียใจ หรือความกลัวตายให้หมดสิ้นหรือบรรเทาลง

เห็นได้ว่าภาพลักษณ์มีการเปลี่ยนแปลงตลอดชีวิตของบุคคลอันมีผลมาจากพัฒนาการของชีวิตตามช่วงวัยต่าง ๆ บุคคลจะมีความรู้สึกต่อภาพลักษณ์ของตนดีมาน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับการสร้างภาพลักษณ์มาตั้งแต่วัยเริ่มต้นของชีวิต อย่างไรก็ตามภาพลักษณ์สามารถเปลี่ยนแปลงได้จากการเรียน

รู้ การรับรู้ต่อตนเอง และวุฒิภาวะของบุคคล ตลอดจนความรู้สึกมั่นคงในตนเอง ซึ่งอาจเป็นผล
กระทบจากบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อม

การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์และการสูญเสียภาพลักษณ์

คาร์เตอร์ (Carter 1976: 223) ได้กล่าวสอดคล้องกับผู้รู้ทั้งหลายว่าภาพลักษณ์นี้
ไม่อยู่คงที่จะเปลี่ยนแปลงได้เรื่อย ๆ ตามสภาพแวดล้อมในชีวิต ตามสภาวะอารมณ์ การรับรู้และ
ประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต การเปลี่ยนแปลงหรือความแปรปรวนของภาพลักษณ์จะเกิดขึ้นเมื่อภาพ
ลักษณ์ของแต่ละบุคคลไม่ได้เป็นไปตามที่คาดหวัง หรือเป็นความคลาดเคลื่อนในสิ่งที่บุคคลคาดหวังกับ
ภาพที่ปรากฏในความเป็นจริง (Henderson 1984: 52) สาเหตุของการเปลี่ยนแปลงของภาพ
ลักษณ์ อาจเกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย เช่น อ้วนขึ้น ผอมลง หรือบางสาเหตุก็ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง
ของภาพลักษณ์ที่รุนแรงมาก เช่น จากอุบัติเหตุ เป็นต้น สาเหตุใหญ่ ๆ ของการเปลี่ยนแปลงภาพ
ลักษณ์จึงอาจสรุปได้ดังนี้ (Brundage and Brodwell 1987: 41, Shontz 1975: 467)

1. การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุหรือสงคราม หรือโรคที่ทำให้เกิดความพิการ
2. โรคที่ทำให้สูญเสียความรู้สึก และการเคลื่อนไหว ได้แก่ อัมพาตชนิดต่าง ๆ ตาบอด
หูหนวก และโรคที่เกี่ยวข้องกับกระดูกและกล้ามเนื้อ
3. โรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคไต โรคข้ออักเสบ เป็นต้น
4. โรคที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของการเผาผลาญ
5. โรคที่ทำให้ต้องมีการสูญเสียอวัยวะหรือหน้าที่ต่าง ๆ เช่น มะเร็งเต้านม มะเร็ง
มดลูก เป็นต้น
6. โครงสร้างของร่างกายที่เปลี่ยนไป
7. บุคลิกภาพผิดปกติ เช่น โรคจิต โรคประสาท

ปัญหาสุขภาพจึงเป็นปัญหาสำคัญที่มีผลคุกคามต่อภาพลักษณ์ของบุคคล โดยเฉพาะการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้าน
ความสวยงาม โครงสร้างและการทำหน้าที่ของอวัยวะนั้น

ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ได้แก่

1. อายุ บุคคลที่อยู่ในวัยหนุ่มสาว จะมีพฤติกรรมการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์มากกว่าบุคคลที่อยู่ในวัยสูงอายุ เนื่องจากการยอมรับการสูญเสียอวัยวะหน้าหนึ่งของร่างกายในวัยสูงอายุจะค่อย ๆ เกิดขึ้น
2. เพศ เพศหญิงและเพศชายคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ไปในคนละลักษณะ เพศหญิงจะคำนึงถึงความสวยงาม ส่วนเพศชายคำนึงถึงความแข็งแกร่งและสมรรถภาพในการทำงานต่าง ๆ
3. บุคลิกภาพของผู้ป่วยก่อนการเจ็บป่วย บุคลิกภาพของบุคคลมีส่วนสัมพันธ์ใกล้ชิดกับการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ บุคคลที่มีความภูมิใจในภาพลักษณ์ของตนเองมาก เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ ย่อมมีปฏิกิริยาตอบสนองที่รุนแรงกว่าบุคคลที่มีความภูมิใจในภาพลักษณ์ของตนเองน้อย
4. การที่บุคคลให้ความหมายต่อการเปลี่ยนแปลงนั้น ซึ่งมีความแตกต่างไปตามทัศนคติส่วนตัวของบุคคลรวมทั้งค่านิยมที่สังคมมีต่อการเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ
5. ความสำคัญของอวัยวะ อวัยวะที่มีการมองเห็นได้ชัดเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงจะเกิดความสะเทือนใจมากกว่าส่วนที่มองไม่เห็น
6. เจตคติของบุคคลอื่น บุคคลที่ได้รับการถูกเหยียดหยาม ปราศจากความเห็นอกเห็นใจ หรือการยอมรับนับถือจากสังคม เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์จะทำให้พฤติกรรมการตอบสนองที่รุนแรง จึงอาจกล่าวได้ว่า เจตคติของบุคคลในสังคม เป็นตัวกำหนดภาพลักษณ์ที่สำคัญ เนื่องจากการยอมรับของบุคคลอื่น ย่อมนำไปสู่การยอมรับของตนเอง
7. การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นและครอบครัว ถ้าผู้ป่วยได้รับกำลังใจและการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ แม้ว่าภาพลักษณ์จะเปลี่ยนไปจากเดิม ผู้ป่วยก็สามารถปรับตัวยอมรับสภาพความจริง และดำเนินชีวิตต่อไปได้ โดยการยอมรับภาพลักษณ์ใหม่ของตนเอง สังคมรอบ ๆ ตัวผู้ป่วย จึงมีส่วนสำคัญที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหานั้นได้ด้วยดี
8. ระยะเวลาที่เป็น การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด ย่อมทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาที่มีความรุนแรง และแก้ไขได้ยากกว่าผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไป

9. ความสามารถในการเผชิญปัญหา นับว่ามีส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยทนต่อการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้นได้มากน้อยเพียงใด (Brundage and Broadwell 1987: 411, Robert 1976: 79)

ภาพลักษณ์มีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดชีวิตของบุคคลซึ่งมีผลมาจากพัฒนาการของชีวิตตามวัยต่าง ๆ และการเรียนรู้ ปัญหาความเจ็บป่วยก็เป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่มีผลคุกคามต่อภาพลักษณ์ โดยเฉพาะการบาดเจ็บซึ่งเกิดจากอุบัติเหตุและจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านความสวยงาม โครงสร้างและการทำหน้าที่ของอวัยวะนั้น ๆ ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาตามมามากมาย การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยต้องมีการปรับตัว ซึ่งความสามารถในการปรับตัวให้ยอมรับภาพลักษณ์ใหม่ของตนเองจะมีมากน้อยเท่าใดนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล นอกจากนี้การได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุนจากญาติในครอบครัวก็ยังมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยด้วย

การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก

เยสเนอร์ (Yesner อ้างถึงในณัฐยา จิตประไพ 2530: 94) ได้ให้ความหมายของการฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) ไว้ว่า เป็นกระบวนการของการรักษาที่ได้วางแผนไว้ เพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพิการทางร่างกายให้สามารถใช้ความสามารถส่วนที่เหลือให้ได้มากที่สุดเพื่อก่อให้เกิดความพึงพอใจมากที่สุดและเห็นตัวเองมีคุณค่า สามารถทำประโยชน์ให้กับตนเอง ครอบครัวและสังคม

เฮนนิค (Hennig 1982: 21) กล่าวว่า การฟื้นฟูสภาพมีจุดเน้นที่การคงไว้ซึ่งความสามารถของผู้ป่วย การป้องกันความพิการหรือโรคแทรกที่อาจเกิดขึ้นช่วยทำให้การทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกายกลับคืนสู่ปกติและช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถที่จะดูแลตนเองได้

ลันทม เศรษฐกร (2530: 5) กล่าวถึงการฟื้นฟูสภาพว่า เป็นกระบวนการที่กำหนดขึ้นมุ่งหวังที่จะให้การบริการแก่บุคคลที่มีความเจ็บป่วยทุกคน ทั้งในรายเฉียบพลัน ผู้ที่ต้องได้รับการดูแลรักษาระยะยาวหรือผู้ที่อยู่ในระหว่างพักฟื้น ให้ได้รับการปรับสภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม

และเศรษฐกิจ ๑ ให้กลับคืนสู่สภาพเดิมเท่าที่จะทำได้ ๑ ให้สามารถช่วยเหลือตนเอง ปฏิบัติหน้าที่การทำงานต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุดเท่าที่พึงกระทำได้ตามอัธยาศัยของแต่ละคน และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ

อาจสรุปได้ว่า การฟื้นฟูสภาพ หมายถึง การช่วยเหลือบุคคลที่ด้อยสมรรถภาพทางกาย จิตใจ บุคคลที่เจ็บป่วยเรื้อรังหรือบุคคลที่อยู่ในระยะพักฟื้นได้ตระหนักถึงสมรรถภาพของตนเองที่ยังเหลืออยู่ และนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิตประจำวันตลอดจนสามารถดูแลตนเองได้

การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพมีจุดมุ่งหมายสำคัญดังนี้ (ลันทม ศรีสฐกร 2530 :7)

1. เพื่อคงไว้ซึ่งหน้าที่ของอวัยวะหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายที่ยังปกติให้มีความสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ เหมือนเดิมมากที่สุด
2. เพื่อป้องกันอวัยวะของร่างกายส่วนที่ได้รับบาดเจ็บไม่ให้เกิดเสื่อมสลายมากขึ้น และช่วยให้อวัยวะกลับสู่สภาวะที่เท่าหน้าที่ได้ดั้งเดิมให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้
3. เพื่อป้องกันอาการแทรกซ้อน หรือความพิการที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น แผลกดทับ ปอดบวม ข้อติดแข็ง เป็นต้น
4. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถช่วยเหลือดูแลตนเองได้โดยอิสระ สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขพอสมควรแก่อัธยาศัย

ในการให้การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยมีหลักการที่สำคัญ 7 ประการดังนี้

- ประการที่ 1 การเริ่มต้นของการฟื้นฟูสภาพ ควรเริ่มเมื่อผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤตมาแล้ว
- ประการที่ 2 ให้การดูแลผู้ป่วยในฐานะเป็นบุคคลทั้งคน ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พยาบาลต้องเข้าใจในความต้องการและขอบเขตความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วย
- ประการที่ 3 เปิดโอกาสให้ครอบครัวของผู้ป่วย เข้ามามีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย
- ประการที่ 4 ให้ผู้ป่วยเป็นอิสระแก่ตนเองมากที่สุด สามารถดูแลตนเองได้ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองเพื่อตนเองอยู่ตลอดเวลา
- ประการที่ 5 วางแผนการฟื้นฟูสภาพทั้งระยะสั้นและระยะยาวและต่อเนื่องกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรค ขอบเขตความสามารถของผู้ป่วย
- ประการที่ 6 ให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับ มีความรู้เข้าใจในแผนการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟู

สภาพ ตลอดจนทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจ มีความกระตือรือร้นที่จะฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง ประการที่ 7 เนื่องจากการฟื้นฟูสภาพมีขอบเขตกว้างขวาง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่เจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจะต้องทำงานร่วมกันเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยดำเนินไปสู่เป้าหมายที่ต้องการให้มากที่สุด (สุปราณี วคินอมร 2531: 218-219, ลั่นทม เศรษฐกร 2530: 8-9)

พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทในที่มีสุขภาพและมีหน้าที่สำคัญในขบวนการฟื้นฟูสภาพ โดยทำหน้าที่สนับสนุน กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความหวัง กำลังใจ เป็นผู้ประสานงานเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ในทีมกับผู้ป่วย ช่วยสนับสนุนการรักษาทั้งหมดที่เจ้าหน้าที่ในทีมปฏิบัติกับผู้ป่วย ฯลฯ แต่บทบาทที่สำคัญมากของการพยาบาลในการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วย คือ การสอน แนะนำให้ความรู้ ซึ่งเป็นบทบาทที่สามารถกระทำได้โดยอิสระ ดังที่เฮนนิก (Hennig 1982: 22,26) ได้กล่าวไว้ว่า พยาบาลเป็นกุญแจสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีการฟื้นฟูสภาพ โดยการสอน แนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ ทักษะ ที่ได้รับไปใช้ในการปฏิบัติตนเพื่อฟื้นฟูสภาพจากสุขภาพที่เป็ยง เบนไปให้กลับคืนสู่ปกติเร็วขึ้น เนื่องจากการฟื้นฟูสภาพเป็นขบวนการที่คอยช่วยเหลือทั้งผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ดังนั้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวจึงมีผลกระทบอย่างมากต่อความสำเร็จในการฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายของการฟื้นฟูสภาพจึงต้องสอน ให้ความรู้ ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวไปพร้อมกัน (Nielson Diehl 1989: 257-258)

ในระยะพักฟื้นของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับไปพักรักษาต่อที่บ้าน เมื่อกลับไปอยู่บ้านผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง เพื่อให้ร่างกายกลับสู่สภาพปกติโดยผู้ป่วยจะต้องปรับตัวในการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันเพื่อฟื้นฟูสภาพให้เหมาะสมกับสภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ระยะพักฟื้นเป็นระยะที่ผู้ป่วยและญาติจะประสบปัญหาต่างๆ ในการดูแลตนเองที่บ้าน การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพที่จัดให้แก่ผู้ป่วยระยะนี้คือ การสอน ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้าน

เฮนนิก (Hennig 1982: 22) กล่าวถึงการสอนผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการปฏิบัติตนเพื่อฟื้นฟูสภาพนั้นควรสอนในเรื่องเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคหรือสภาพการบาดเจ็บที่เกิดขึ้น สภาวะของโรคในขณะนั้น การรักษาพยาบาล ผลของการ

จำกัดการเคลื่อนไหว การดูแลผิวหนัง การดูแลในเรื่องการขับถ่าย วิธีการดูแลตนเองและการปรับตัวต่อความพิการหรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะ นอกจากนี้ วรรณิ สัตยวิวัฒน์ (2529 : 188) ได้กล่าวถึงการแนะนำผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกก่อนกลับบ้านว่าก็เหมือนกับการให้คำแนะนำผู้ป่วยหลังการผ่าตัดอื่น ๆ คือ การมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติ การรับประทานยาและยา การขับถ่าย การออกกำลังกาย การลงน้ำหนักขา ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า การสอนหรือให้คำแนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกได้รับความรู้แล้วนั้นความรู้ที่เน้นไปปฏิบัติดูแลตนเอง เพื่อการฟื้นฟูสภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจควรจะครอบคลุมในเรื่องต่อไปนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับกระดูกหักและการรักษาพยาบาล ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัด

2. การปฏิบัติตนตามแผนการดูแลรักษา เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อน ได้แก่

2.1 ความรู้เรื่องการใช้ยาและอาการข้างเคียง ควรรับประทานยาให้ครบตามจำนวน และถูกวิธีตามแผนการรักษาของแพทย์ ยาที่ใช้ควบคุมหรือลดความเจ็บปวดโดยทั่วไปได้แก่ยาพวก Salicylates ซึ่งมีผลข้างเคียงทำให้ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น (Watson 1979 : 525) ดังนั้นเมื่อเกิดอาการแพ้ยาควรรีบไปปรึกษาแพทย์ทันที

2.2 การดูแลแผลผ่าตัด ให้แห้งและสะอาดอยู่เสมอเพื่อป้องกันการอักเสบติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

2.3 การบริหารขาข้างที่ผ่าตัด เพื่อให้กล้ามเนื้อและข้อต่าง ๆ ได้ฟื้นฟูสภาพ ป้องกันความพิการและกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิตให้ดีขึ้น โดยการกระดิกนิ้วเท้า กระดุกกระดูก สะบ้าตรงหัวเข่า งอปลายนิ้วเท้าและเหยียดออก ลากขาขึ้นและลง เคลื่อนไหวข้อตะโพกโดยให้กางขา หุบขา ยกขาเหยียดเข้าขึ้นและลงให้ตรงด้วยตนเอง ออกแรงต้านการกระดกของข้อเท้าของขาข้างที่หัก ให้ผู้ป่วยลุกนั่งห้อยขาข้างเดียวและเหยียดเข้าข้างที่ผ่าตัด ยกขึ้นและงอลงข้างเดียวอย่างช้า ๆ การจะลงน้ำหนักตัวบางส่วนหรือเต็มที่ของขาข้างที่ผ่าตัดได้เมื่อไร ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดโดยการเอกซเรย์ อยู่ในราวประมาณอาทิตย์ที่ 12-16 (ช่อราตรี สิริวัตถานันต์ 2530 : 161, 210-211)

2.4 การใช้ไม้ค้ำยันช่วยเดินอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยจะได้รับอนุญาตให้เคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยลงน้ำหนักขาข้างที่ผ่าตัดได้เต็มที่ก็ต่อเมื่อกระดูกติดกันดีแล้ว ผู้ป่วยไม่

ควรลงน้ำหนักขาข้างที่ผ่าตัดก่อนที่แพทย์จะอนุญาตเพราะจะทำให้กระดูกติดไม่ดี หรือเครื่องยึดกระดูกอาจจะหักหลุดหรือหลวมได้ ฉะนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องใช้ไม้ค้ำยัน (Crutches) ช่วยในการเดิน เพื่อหลีกเลี่ยงการลงน้ำหนักขาข้างที่ผ่าตัดดังกล่าว บงกช พิงพุทธารักษ์ และล้นทม เศรษฐกร (2531 : 91 และ 2530 : 74, 77) ได้กล่าวถึงหลักการเดินด้วยไม้ค้ำยันดังนี้

ผู้ป่วยควรใส่รองเท้าที่พอดีสำหรับใช้เดิน ปลายไม้ค้ำยันควรมียางสวมไว้ป้องกันลื่น ให้ผู้ป่วยลุกขึ้นยืนโดยใช้มือยันเก้าอี้ และให้ลงน้ำหนักตัวที่ขาข้างดี ยืนให้หลังตรง ไม่แอ่นหรือโค้งศีรษะตั้งตรง มองไปข้างหน้าไม่ก้มมอง ทำที่ยืนควรยืนให้เท้าทั้ง 2 ข้างเหยียบพื้น ถ้าแพทย์มีคำสั่งไม่ให้ลงน้ำหนักควรจะให้ผู้ป่วยย่อเข่าและสะโพกข้างนั้นเล็กน้อย ให้ถือไม้ค้ำยันห่างจากนิ้วเท้าไปข้างหน้า 4 นิ้ว และออกไปด้านข้าง 4 นิ้ว จับไม้ค้ำยันให้ข้อศอกงอประมาณ 30 องศา และให้ไม้ค้ำยันอยู่ต่ำกว่ารักแร้ประมาณ 2 นิ้ว ให้ลงน้ำหนักตัวลงบนมือทั้ง 2 ข้าง และที่ขาข้างที่ปกติ ไม้ค้ำยันลงน้ำหนักโดยการยันที่รักแร้ จะทำให้เกิดอันตรายกับเส้นประสาทบริเวณรักแร้ อาจทำให้เกิดอัมพาตจากการใช้ไม้ค้ำยันได้ ควรใช้แผ่นพองน้ำหนักบนปลายไม้ค้ำยันไว้เพื่อลดแรงกดบริเวณทรวงอกด้านข้าง เมื่อทรงตัวมั่นคงแล้วคือผู้ป่วยยืนโดยให้น้ำหนักตัวลงบนขาข้างดีและไม้ค้ำยันทั้ง 2 ข้าง ให้เริ่มเดินโดยยกไม้ทั้ง 2 ข้างไปข้างหน้า 4-6 นิ้ว พร้อมกับขาข้างที่ผ่าตัด ลงน้ำหนักตัวลงบนไม้ค้ำยันที่มือทั้ง 2 ข้าง พร้อมกับก้าวขาข้างที่ดีไปข้างหน้าว่างเท้าให้อยู่ระดับเดียวกับไม้ค้ำยัน ส่วนการขึ้นบันไดให้ใช้ขาข้างดีขึ้นก่อนแล้วตามด้วยไม้ค้ำยันทั้ง 2 ข้าง ร่วมกับขาข้างที่ผ่าตัด การลงบันไดให้ยืนให้มั่นคงก่อนแล้วยกไม้ทั้ง 2 ข้าง และขาข้างที่ผ่าตัดวางลงบนบันไดล่างแล้วก้าวตามด้วยขาข้างดี หลักการจำง่าย ๆ คือ "ดีขึ้น เลวลง" การขึ้นบันไดขาดีขึ้นก่อน การลงบันไดขาเลวลงก่อน

2.5 การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องไปพบแพทย์ก่อนการนัดหมาย เมื่อพบความผิดปกติใด ๆ ตรงบริเวณที่กระดูกหัก เช่น บวมมาก บวม แดงร้อนบริเวณแผลหรือมีสิ่งขับหลั่งใด ๆ ออกมาจากแผลผ่าตัด อาการชาที่ขา ฝ่าเท้า ควรรีบไปพบแพทย์ทันทีโดยไม่ต้องรอจนกว่าจะถึงวันนัด

3. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ได้แก่

3.1 การรับประทานอาหารและดื่มน้ำ ควรให้ร่างกายได้รับสารอาหารและน้ำเพียงพอ เพื่อเป็นประโยชน์ในการซ่อมแซมฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัด โดยรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ได้แก่ อาหารพวกโปรตีน ผักและผลไม้โดยเฉพาะอาหารที่มีวิตามินซี และแคลเซียม

สูง ซึ่งจะช่วยให้กระดูกติดกันเร็วขึ้น ขณะที่อยู่กับผู้ป่วยควรค้ำหน้าอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว เพราะถ้าร่างกายได้รับน้ำน้อยจะทำให้เกิดอาการท้องผูก การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะและเกิดนิ่วขึ้นได้

3.2 การขับถ่าย ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกคือท้องผูก เนื่องจากขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีกากน้อยและดื่มน้ำน้อย ความจำกัดในการเคลื่อนไหว ทำให้เกิดอุปสรรคในการขับถ่าย ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรมีการปฏิบัติตน เพื่อให้มีการขับถ่ายอย่างสม่ำเสมอทุกวันตามปกติ

3.3 การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ป่วยระยะพักฟื้นต้องการพักผ่อนมากกว่าบุคคลปกติ เพื่อให้อวัยวะทุกส่วนได้พักผ่อนจากการทำงานและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ดังนั้นผู้ป่วยควรพักผ่อนนอนหลับให้ได้อย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง

3.4 การออกกำลังกาย ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยที่นอนนาน ๆ ไม่มีการเคลื่อนไหวจะทำให้กล้ามเนื้อสูญเสียความตึงตัว ข้อจะแข็ง การออกกำลังกายจะป้องกันกล้ามเนื้อลีบและอ่อนเปียกทำให้การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น และข้อต่าง ๆ ได้เคลื่อนไหว ตลอดจนยังมีผลทำให้ระบบการย่อยอาหารดีขึ้น มีการขับถ่ายเป็นไปตามปกติ และทำให้สรีระจิตใจสบายขึ้น จรรยาพรธรินทร์ (2526 : 51) กล่าวว่า ผู้ป่วยควรเริ่มต้นออกกำลังกายโดยการเดินซึ่งปลอดภัยที่สุด และค่อยทำค่อยไป เริ่มจากน้อยไปมาก ในสัปดาห์แรกที่กลับไปอยู่บ้านควรเดินให้ได้วันละ 10-15 นาที แล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้น 20-30 นาที ในสัปดาห์ที่สอง โดยใช้น้ำค้ำยันช่วยในการเดินเพื่อจะได้ไม่ลงน้ำหนักขาข้างที่ผ่าตัด ขณะเดียวกันผู้ป่วยควรจะได้รับรู้ถึงข้อจำกัดของตนเองในการประกอบอาชีพหรือทำงานตามปกติ มีการละเว้นกิจกรรมที่ต้องใช้แรงขาข้างที่ผ่าตัด ควรระมัดระวังเวลาเดินไม่ควรเร่งรีบและควรระวังอุบัติเหตุจากการลื่นหกล้ม เช่น ภายในห้องน้ำ ควรระวังเวลาเดินที่พื้นที่เรียบไม่สม่ำเสมอ

3.5 การดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย ควรจะรักษาความสะอาดของแผลผ่าตัด ผิวหนังทั่วไพบ มือ เท้า และเสื้อผ้าที่สวมใส่อยู่เสมอ เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้นจากความสกปรก

3.6 การมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและสังคม ผู้ป่วยในระยะนี้จะสนใจกับการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของตนเองและความพิการที่หลงเหลืออยู่ ผู้ป่วยเริ่มมีการปรับทัศนคติของตนเอง

เองใหม่ สนใจที่จะให้ข้อมูลที่ เป็นประโยชน์ในการฟื้นฟูสภาพของตนเอง เพื่อเตรียมพร้อมที่จะ ย้ายจากสังคมโรงพยาบาลไปอยู่ในสังคมเดิมของผู้ป่วย ความวิตกกังวลของผู้ป่วยในระยะนี้ จะเกิดขึ้นได้จากความไม่มั่นใจในการที่จะออกไปเผชิญกับโลกภายนอก ไม่มั่นใจในการดูแลตนเองและ บทบาทของตนเองในครอบครัวซึ่งอาจจะเปลี่ยนแปลงไป ดังนั้น นอกจากการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย แล้วควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย กระตุ้นให้ญาติใกล้ชิดพูดให้กำลังใจ และให้ความมั่นใจ แก่ผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกกังวลต่าง ๆ การรับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลง ภาพลักษณ์เป็นสาเหตุสำคัญของความวิตกกังวลของผู้ป่วย (สายพิน เกษมกิจวัฒนา 2530 : 282, 284) ฉะนั้นควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคมอย่างเหมาะสมโดยการพูดคุยเข้ากลุ่ม ร่วมกิจกรรมกับบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อน ๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้สามารถช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตก กังวลและยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงของตนเองได้

ผู้ป่วยคล้ายกรรมกระตุกระยะพักฟื้นจำเป็นต้องมีการปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง เพื่อจะได้ สามารถฟื้นฟูสภาพให้กลับสู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติได้โดยเร็ว พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ ในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีการฟื้นฟูสภาพโดยการสอน แนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติด้วยตนเองในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้อง และสามารถดำรง ชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขต่อไป

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

รวีวัลย์ วงศ์สื่อเกียรติ (2524) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการสอน การปฏิบัติตนภายหลังคลอด ระหว่างการสอนเป็นกลุ่มกับการสอนเป็นรายบุคคล โดยตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ศึกษาเป็นมารดา ที่มารับบริการที่แผนกสูติกรรม โรงพยาบาลราชวิถี และ โรงพยาบาลวชิระพยาบาล จำนวน 100 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มของมารดาที่ได้รับการสอน เป็นกลุ่มจำนวน 50 คน และกลุ่มของมารดาที่ได้รับการสอนเป็นรายบุคคลอีก 50 คน ผู้วิจัยให้การ สอนการปฏิบัติตนภายหลังคลอดแก่ตัวอย่างประชากร โดยใช้เวลาสอนครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง และสอนภายหลังคลอด 6-24 ชั่วโมง โดยใช้นิทรรศการการสอนที่จัดสร้างขึ้น โดยกลุ่มที่ให้การสอนเป็น

กลุ่มสอนครั้งละ 4-5 คน และกลุ่มที่ให้การสอนเป็นรายบุคคลสอนครั้งละ 1 คน การเก็บข้อมูล ใช้การทดสอบก่อนและหลังการสอน 2 วัน โดยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบสังเกต ผลการวิจัยพบว่าการสอนการปฏิบัติตนภายหลังการคลอดของมารดาได้รับการสอนเป็นกลุ่มมีประสิทธิภาพดีกว่ามารดาที่ได้รับการสอนเป็นรายบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2527) ได้ทำการศึกษาเรื่องความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเองภายหลังการตัดเต้านมออก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาติดตามการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเองภายหลังการตัดเต้านมออก นับตั้งแต่ก่อนตัดเต้านม หลังตัดเต้านม 7-10 วัน และ 3 เดือน และเพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเองในแต่ละระยะเวลาดังกล่าว โดยจำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะการดำเนินของโรคมะเร็งเต้านมและอาชีพของผู้ป่วย โดยใช้ตัวอย่างประชากรทั้งสิ้น 100 คน จากโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร 5 แห่ง ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเองในระยะหลังตัดเต้านม 7-10 วัน และ 3 เดือน ต่างก็เพิ่มขึ้นในทางลบมากกว่าในระยะก่อนตัดเต้านม และค่าเฉลี่ยความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเองในระยะหลังตัดเต้านมออก 7-10 วัน เป็นไปในทางลบมากกว่าในระยะหลังตัดเต้านมออก 3 เดือน

จงกล พุทธิรักษา (2527) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบความรู้ และความสามารถระหว่างผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมที่ได้รับการสอนโดยพยาบาลวิชาชีพกับผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมที่เรียนด้วยตนเองโดยใช้คู่มือ ใช้ตัวอย่างประชากรจำนวน 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 30 คน กลุ่มทดลองที่ 1 เป็นผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมที่ได้รับการสอนโดยพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้สอนคือผู้วิจัยเอง และสอนตามแผนการสอนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น กลุ่มทดลองที่ 2 เป็นผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมที่เรียนด้วยตนเองโดยใช้หนังสือคู่มือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ในการปฏิบัติตน ความสามารถในการเคลื่อนไหวกายและข้อไหล่ และความสามารถในการทรงตัวของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม ที่ได้รับการสอนโดยพยาบาลวิชาชีพและที่เรียนด้วยตนเองโดยใช้คู่มือ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

มาลัย แทนธานี (2527) ได้ศึกษาผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อความรู้สึกซึมเศร้า ภาพลักษณ์ และความเข้าใจในการปฏิบัติตนโดยทั่วไปและทางเพศ ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูก และรังไข่ออกทั้ง 2 ข้าง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ ออกทั้ง 2 ข้าง ด้วยสาเหตุที่ไม่ได้เกิดจากมะเร็ง จำนวน 28 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 14 คน และกลุ่มควบคุม 14 คน มีวิธีเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยเริ่มสอนผู้ป่วยกลุ่มทดลองตั้งแต่วันที่ผ่าตัด 1 วัน และภายหลังผ่าตัด 1 วัน จนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน โดยสอนวันละ 1 ครั้งใช้เวลาสอน ประมาณ 20-25 นาที ส่วนผู้ป่วยกลุ่มควบคุมจะได้รับการสอนตามปกติที่ทางหอผู้ป่วยจัดขึ้น ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ตอบแบบวัดความรู้สึกซึมเศร้าและภาพลักษณ์ 2 ครั้ง คือในวันแรกก่อนได้รับการ สอนและวันมาตรวจหลังผ่าตัดที่แผนกผู้ป่วยนอกภายหลังผ่าตัดไปแล้ว 4-6 สัปดาห์ และในวันนัด มาตรวจหลังผ่าตัด ผู้ป่วยตอบแบบวัดความเข้าใจในการปฏิบัติตนโดยทั่วไปและทางเพศภายหลัง ผ่าตัดด้วย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนมีความรู้สึกซึมเศร้ามลดลง มากกว่ากลุ่มควบคุม ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนมีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์น้อยกว่า กลุ่มควบคุม และกลุ่มที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนมีความเข้าใจในการปฏิบัติตนภายหลังผ่าตัดมากกว่ากลุ่มควบคุม

นิตยา วรชาครีย์นันท์ (2531) ได้ทำการศึกษาเรื่องผลของการใช้คู่มือการปฏิบัติตนที่มีต่อ ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยทำการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมของผู้ป่วยก่อนและหลังการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยใช้คู่มือการปฏิบัติตน ใช้วิธีการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง ประชากรจำนวนทั้งสิ้น 30 ราย จาก 13 หอผู้ป่วยของโรงพยาบาลโรครหลวงอก จังหวัดนนทบุรี และได้ทำการเก็บข้อมูลโดยการทดสอบภายหลังการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยใช้คู่มือการปฏิบัติตนเมื่อ ระยะเวลาของการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านไปครบ 5 วัน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเรียนรู้ด้วย ตนเองโดยใช้คู่มือการปฏิบัติตนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพิ่มขึ้น มีเจตคติต่อการดูแลตนเองดีขึ้น มีพฤติกรรมความเข้าใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง และกะบังลมและ การไอ เอาเสมหะออกอย่างถูกวิธีดีขึ้น

อารีรัตน์ ขำอยู่ (2533) ได้ศึกษาวิเคราะห์ระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกระยะพักฟื้นในกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกในระยะพักฟื้นโดยส่วนรวมมีระดับการดูแลตนเองด้านความรู้และด้านทักษะในการดูแลตนเองในระดับปานกลาง แต่ให้ความสำคัญต่อการดูแลตนเองในระดับสูง และพบว่าผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่มีระดับการสนับสนุนจากครอบครัวต่างกัน มีค่าเฉลี่ยระดับการดูแลตนเองด้านความรู้ ทักษะ และการให้ความสำคัญต่อการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สแครนตัน (Scranton 1986 : 480) ได้ทำการประเมินสมรรถภาพของผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตสังคมก่อนและหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเพนซิลวาเนีย จำนวน 186 คน พบว่า ผู้ป่วยมีสมรรถภาพของร่างกายและจิตใจดีขึ้นหลังจากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย โดยมีการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายดีกว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านจิตสังคมและผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสมรรถภาพมากที่สุดขณะที่ได้รับการดูแลอยู่ในโรงพยาบาล ส่วนในระยะหลังการจำหน่ายผู้ป่วยบางคนมีสมรรถภาพดีขึ้น บางคนคงเดิม และบางคนมีสมรรถภาพลดลงหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

เอเรนท์ และมามอน (Arenth and Mamon 1985 : 20-24) ได้วิจัยเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยหลังการจำหน่ายออกจากศูนย์ Johns Hopkins Oncology Center เพื่อเปรียบเทียบผลการประเมินความต้องการของผู้ป่วยระหว่างการประเมินของพยาบาลก่อนผู้ป่วยจะกลับบ้าน กับการประเมินตนเองของผู้ป่วยหลังจากกลับไปบ้านแล้ว 3 วัน ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลประเมินความสามารถของผู้ป่วยสูงกว่าความสามารถที่ผู้ป่วยประเมินตนเอง ซึ่งได้แก่ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนย้ายของร่างกาย ความต้องการให้ผู้อื่นช่วยเหลือ และความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค