

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก  
ทัศนคติต่อการพยาบาลเด็ก แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล  
กับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล



นางสาวพัชรี ใจการุณ

สถาบันวิทยบริการ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2543

ISBN 974-13-0502-8

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

RELATIONSHIPS BETWEEN PERSONAL FACTORS, KNOWLEDGE OF COMMUNICATION  
WITH PEDIATRIC PATIENTS, PEDIATRIC NURSING ATTITUDE, ROLE MODEL OF  
NURSING INSTRUCTORS AND COMMUNICATION BEHAVIOR WITH  
PEDIATRIC PATIENT OF NURSING STUDENTS

Miss Patcharee Jaigarun

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Education

Faculty of Nursing Chulalongkorn University

Academic Year 2000

ISBN 974-13-0502-8

หัวข้อวิทยานิพนธ์      ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับ  
ผู้ป่วยเด็ก ทักษะคิดต่อการพยาบาลเด็ก แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล  
กับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล

โดย                              นางสาวพัชรี ใจการุณ

สาขาวิชา                      การพยาบาลศึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษา              รองศาสตราจารย์ ดร.วีณา จีระแพทย์

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยฉบับนี้เป็น  
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

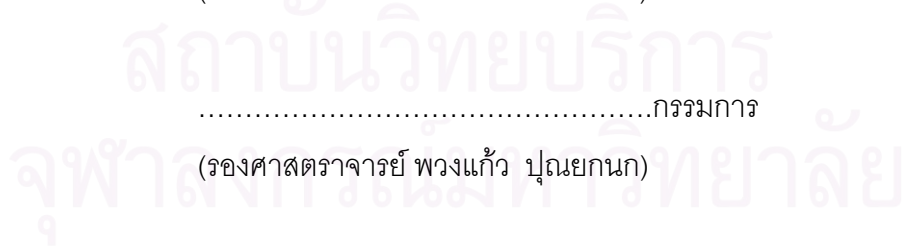
.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สมคิด รักษาสัตย์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษา  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วีณา จีระแพทย์)

.....กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ พวงแก้ว ปุณยนก)



พัชรี ใจการุณ : ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก  
ทัศนคติต่อการพยาบาลเด็ก แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล กับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก  
ของนักศึกษาพยาบาล. ( RELATIONSHIPS BETWEEN PERSONAL FACTORS, KNOWLEDGE  
OF COMMUNICATION WITH PEDIATRIC PATIENTS, PEDIATRIC NURSING ATTITUDE,  
ROLE MODEL OF NURSING INSTRUCTORS AND COMMUNICATION BEHAVIOR  
WITH PEDIATRIC PATIENT OF NURSING STUDENTS ). อ. ที่ปรึกษา: รศ. ดร. วิณา จีระ  
แพทย์, D.N.Sc., 160 หน้า, ISBN 974-13-0502-8

การวิจัยครั้งนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับ  
ผู้ป่วยเด็ก ทัศนคติต่อการพยาบาลเด็ก แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล กับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของ  
นักศึกษาพยาบาล และหาปัจจัยที่สามารถร่วมพยากรณ์พฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล  
กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลของสถาบันพระบรมราชชนก สังกัดกระทรวง  
สาธารณสุข ปีการศึกษาที่ 2543 ที่ผ่านการศึกษาวិชาการพยาบาลเด็กและกำลังฝึกปฏิบัติหรือผ่านการฝึกปฏิบัติ  
วิชาการพยาบาลเด็ก 3 จำนวน 428 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถาม  
ปัจจัยส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก แบบสอบถามทัศนคติต่อการพยาบาลเด็ก  
แบบสอบถามแบบอย่างของอาจารย์พยาบาล และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ซึ่งผ่านการ  
ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและหาค่าความเที่ยง พบว่าความเที่ยงเท่ากับ .701, .813, .868 และ .698 ตามลำดับ  
วิเคราะห์ข้อมูลโดยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square สัมประสิทธิ์การจรรยา Fisher's Exact  
Test สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณแบบ Enter 2 ครั้ง ที่ระดับนัยสำคัญ  
ทางสถิติ .05

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ( $\bar{X} = 3.86$ , S.D. = .26)
2. ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ ทัศนคติต่อการพยาบาลเด็ก แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล มีความสัมพันธ์กับ  
พฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ปัจจัยที่สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05  
มีดังนี้ ทัศนคติต่อการพยาบาลเด็ก แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล การมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก และ  
คนสุดท้องของลำดับพี่น้องในครอบครัว สามารถพยากรณ์พฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กได้ร้อยละ 27.0 ( $R^2 =$   
.270) ได้สมการพยากรณ์ในรูปแบบมาตรฐาน ดังนี้  
พฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล = .363 ( ทัศนคติต่อการพยาบาลเด็ก )  
+ .213 ( แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล ) + .097 ( การมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก )  
+ .096 ( คนสุดท้องของลำดับพี่น้องในครอบครัว )

สาขาวิชา.....การพยาบาลศึกษา.....      ลายมือชื่อนิติ.....  
ปีการศึกษา.....2543.....      ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

##4277577936: MAJOR NURSING EDUCATION

KEY WORD: PERSONAL FACTORS/ KNOWLEDGE OF COMMUNICATION WITH PEDIATRIC PATIENTS/  
PEDIATRIC NURSING ATTITUDE/ROLE MODEL OF NURSING INSTRUCTORS/  
COMMUNICATION BEHAVIOR WITH PEDIATRIC PATIENT OF NURSING STUDENTS  
PATCHAREE JAIGARUN: RELATIONSHIPS BETWEEN PERSONAL FACTORS, KNOWLEDGE  
OF COMMUNICATION WITH PEDIATRIC PATIENTS, PEDIATRIC NURSING ATTITUDE,  
ROLE MODEL OF NURSING INSTRUCTORS AND COMMUNICATION BEHAVIOR WITH  
PEDIATRIC PATIENT OF NURSING STUDENTS. THESIS ADVISOR: ASSOC. PROF. VEENA  
JIRAPAET, D.N.Sc., 160 pp. ISBN 974-13-0502-8

The purposes of this study were to examine the relationships between personal factors, knowledge of communication with pediatric patients, pediatric nursing attitude, role model of nursing instructors and communication behavior with pediatric patient of nursing students and to explore the variables that predicted communication behavior with pediatric patient of nursing students. Subjects were 428 third-year nursing students who were taking and practicing Pediatric Nursing or had finished Pediatric Nursing III from 7 nursing institutions under the jurisdiction of Praboromrajchanok Institute, the Ministry of Public Health. The subjects were selected by stratified random sampling. Data were collected using 5 research instruments: demographic data form, communication behavior with pediatric patients, pediatric nursing attitude, role model of nursing instructors and knowledge of communication with pediatric patients questionnaires. Data were analyzed by percentage, mean, standard deviation, Chi-square, Contingency Coefficient, Fisher's Exact Test, Pearson's product moment correlation coefficient and enter multiple regression.

The major findings were as follows:

1. The communication behavior with pediatric patient of nursing student was at best level. ( $\bar{X} = 3.86$ , S.D. = .26)
2. The age of personal factors, pediatric nursing attitude and role model of nursing instructors were significantly correlated with communication behavior with pediatric patient of nursing students at a level of .05.
3. Factors that significantly predicted communication behavior with pediatric patient of nursing students a level of .05 were 4 predictors and were able to account for 27.0% ( $R^2 = .27$ ) of variance. They were pediatric nursing attitude, role model of nursing instructors, the experience in caring child and the youngest child of the family. The predicted equation in standard score form can be stated as follows: communication behavior with pediatric patient of nursing students = .363 (pediatric nursing attitude) + .213 (role model of nursing instructors) + .097 (the experience in caring child) + .096 (the youngest child of the family)

Field of study.....Nursing Education.....

Student's signature.....

Academic year.....2000.....

Advisor's signature.....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ดีด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งกรุณาให้ข้อคิดเห็น คำแนะนำ ตลอดจนข้อแก้ไขบกพร่องต่างๆด้วยความเมตตา เอาใจใส่ รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้วิจัยรู้จักคิดพิจารณาสิ่งต่างๆ ด้วยเหตุผล และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. สมคิด รักษาสัตย์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ พวงแก้ว ปุณยกนก ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ และคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้สถิติ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบให้ข้อเสนอแนะและแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณท่านผู้บริหาร คณาจารย์ ตลอดจนนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ทั้ง 8 สถาบัน ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ที่ให้ความอนุเคราะห์และความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยเป็นอย่างดี ขอขอบคุณพี่ๆ เพื่อนๆ น้องๆ ที่เป็นกัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้กำลังใจเสมอมา และขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่กรุณาให้ทุนบางส่วนสนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ น้องสาวทั้งสองที่รักยิ่งของผู้วิจัยที่เป็นแรงบันดาลใจ เป็นผู้ให้การสนับสนุนร่างกาย เสริมพลังใจ ทุนทรัพย์ด้วยความรักความอบอุ่นตลอดระยะเวลา

ทำยนี้ ผู้วิจัยขอกราบระลึกพระคุณอย่างสูงสุด และคุณประโยชน์จากงานวิจัยเล่มนี้ขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ นักศึกษาพยาบาล และวิชาชีพการพยาบาล

สถาบันวิทยบริการ พัชรี ใจการุณ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่	
1. บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
1.3 ปัญหาการวิจัย.....	6
1.4 สมมติฐานการวิจัย.....	6
1.5 ขอบเขตการวิจัย.....	9
1.6 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
1.7 ประโยชน์ที่ได้รับ.....	13
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
2.1 วิชาที่เกี่ยวกับการสื่อสารในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต.....	15
2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการสื่อสาร.....	21
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก.....	34
2.4 แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติต่อการพยาบาลเด็ก.....	46
2.5 แนวคิดเกี่ยวกับแบบอย่างของอาจารย์พยาบาล.....	50
2.6 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม การสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก.....	60
2.7 ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวกับพฤติกรรม การสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก.....	63
2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	64



## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3. วิธีดำเนินการวิจัย.....	71
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	71
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	74
3.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	81
3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	83
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	84
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	87
5. สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	102
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	103
5.2 อภิปรายผลการวิจัย.....	106
5.3 ข้อเสนอแนะ.....	113
รายการอ้างอิง.....	114
ภาคผนวก.....	125
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ และหนังสือขอความร่วมมือ.....	126
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	132
ภาคผนวก ค สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	155
ประวัติผู้วิจัย.....	160



## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. จำนวนประชากรและขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	73
2. จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิทยาลัยพยาบาลในแต่ละภาค.....	74
3. ผลการหาความเที่ยงของเครื่องมือ นำไปทดลองใช้ ( tryout) และเมื่อ ใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง นักศึกษาพยาบาล.....	82
4. จำนวนและร้อยละของนักศึกษาพยาบาลจำแนกตามอายุ ลำดับพี่น้องในครอบครัว และประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก. ....	88
5. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับ ผู้ป่วยเด็ก ทศนคติต่อการพยาบาลเด็ก แบบอย่างอาจารย์พยาบาล และพฤติกรรม การสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก.....	89
6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านลำดับพี่น้องในครอบครัว กับพฤติกรรม การสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาล.....	91
7. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก กับพฤติกรรม การสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาล.....	93
8. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับ ผู้ป่วยเด็ก ทศนคติต่อการพยาบาลเด็ก แบบอย่างอาจารย์พยาบาล และพฤติกรรม การสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาล.....	95
9. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถร่วมพยากรณ์พฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาล แสดงในรูปเมตริกสหสัมพันธ์ ( Correlation Matrix ).....	97
10. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (B) และ คะแนนมาตรฐาน (Beta) ทดสอบความมีนัยสำคัญของ B ที่ใช้พยากรณ์พฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กวิธี Enter ครั้งที่ 1.....	99
11. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (B) และ คะแนนมาตรฐาน (Beta) ทดสอบความมีนัยสำคัญของ B ที่ใช้พยากรณ์พฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กวิธี Enter ครั้งที่ 2.....	100

## สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 แบบจำลองของ Aristotelian.....	23
2 แบบจำลองของ Lasswell.....	24
3 แบบจำลองของ Shannon and Weaver.....	25
4 แบบจำลองของ Westley and Mac Lean.....	25
5 แบบจำลองของ Berlo.....	26
6. กรอบแนวคิด.....	70



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสื่อสารเป็นเครื่องมือหนึ่งที่มีความสำคัญในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ ที่บอกถึงความต้องการของตนเองและการตอบสนองกับผู้อื่น พฤติกรรมที่แสดงออกทางการสื่อสารของแต่ละบุคคลจะเริ่มตั้งแต่วัยทารกด้วยการเปล่งเสียงร้องและแสดงท่าทาง วัยเด็กเริ่มใช้การพูดเป็นคำๆ แล้วต่อกันเป็นประโยคแต่ยังไม่เป็นไปตามหลักไวยากรณ์ จึงแสดงออกด้วยท่าทางเพื่อประกอบการสื่อสารให้ชัดเจนขึ้น และพัฒนาเป็นการสื่อสารที่สมบูรณ์เต็มที่ในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ต่อไป (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2540 :161-163; สมาคมคหเศรษฐศาสตร์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชินูปถัมภ์, 2538 : 84-87; สุกนิตย์ วัฒนธาดา, 2518 :110; พิชรี สวานแก้ว, 2536: 224-25; เพ็ญจันทร์ สุนทรจารย์, 2524 :33 – 34) ซึ่งจะพบว่า การสื่อสารจะเป็นไปตามลำดับขั้นตอนของแต่ละวัยอย่างต่อเนื่อง หากมีเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อพัฒนาการการสื่อสารที่ทำให้เกิดความล่าช้าลงไป สาเหตุประการหนึ่งที่พบได้ ก็คือ การเจ็บป่วย (Jackson and Vessey, 1992: 110; อัมพล สู่อำพันและวาสนา ศรีมณี, 2530: 568 –572 ; ศรียา นิยมธรรม, 2519: 50) โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็ก เนื่องจากการเจ็บป่วยทำให้เด็กถูกลดการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนวัยเดียวกัน พี่น้องหรือพ่อแม่ รวมทั้งผู้ป่วยเด็กเองก็รู้สึกไม่อยากพูดจากับใคร (ศรียา นิยมธรรม, 2519: 50) บวกกับข้อจำกัดทางวุฒิภาวะและพัฒนาการของเด็ก ทำให้พฤติกรรมที่แสดงออกทางการสื่อสารของผู้ป่วยเด็กเพื่อขอความช่วยเหลือตามความต้องการของตนเองถูกจำกัดตามไปด้วย และเมื่อผู้ป่วยเด็กเกิดความเครียดก็จะแสดงออกทางพฤติกรรมและการแปรปรวนของอารมณ์ เช่น ซึมเศร้า ร้องไห้ เหม่อลอย แยกตัว เฉยเมย หรือก้าวร้าวด้วยการใช้คำพูดที่รุนแรงและใช้กำลังต่อสู้ เป็นต้น (วรลักษณ์ ฆ้องวงษ์, 2539) ฉะนั้นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเด็กจะต้องเข้าใจถึงพัฒนาการและพฤติกรรมที่แสดงออกของเด็กในขณะนั้น เพื่อให้พยาบาลสามารถสื่อสารด้วย คำพูด การสัมผัส และแสดงกิริยาท่าทางตลอดจนแววตา (วิลเลียม วิมุกตายน, 2540) ได้อย่างเหมาะสม อันเป็นประโยชน์ต่อการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยเด็ก ทำให้เด็กเกิดความไว้วางใจที่จะร่วมมือในการรักษาพยาบาล

จากการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การสื่อสารของพยาบาลยังไม่เหมาะสมเท่าที่ควร เช่น ใช้คำและน้ำเสียงที่ไม่สุภาพ ไม่ให้เวลาผู้ป่วยซักถามหรือระบายความรู้สึก ให้คำแนะนำหรือชี้แจงในการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วยน้อยมาก เรียกผู้ป่วยโดยไม่มีสรรพนามนำหน้า ใช้ศัพท์เทคนิคทางการแพทย์ในการสื่อสารกับผู้ป่วย ยืนชี้นิ้ว กอดอก ท้าวสะเอวในการสื่อสารกับผู้ป่วย รวมทั้งกระแทกกระทั้นในการปฏิบัติกรักษาพยาบาล (อาภา ยังประดิษฐ์, 2529; พิชชอุดา วิรัชพินทุ, 2534 ; วิลเลียม วิมุกตายน, 2538: 39-41)

นอกจากนี้ยังพบอีกว่าพยาบาลกุมารเวชศาสตร์มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เพื่อพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยเด็กน้อย โดยเฉพาะด้านฐานะความเป็นบุคคลของเด็ก การได้รับข้อมูลและการตัดสินใจ (อุมาสมร บาระกุล, 2540) ฉะนั้นการแสดงออกด้วยพฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลกับผู้ป่วยเด็กก็มีความสำคัญเช่นกัน ที่พยาบาลควรจะแสดงออกเพื่อให้ผู้ป่วยเด็กทราบว่า พยาบาลมีความเข้าใจถึงความต้องการและพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยเด็ก

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สถาบันพระบรมราชชนก เป็นสถาบันการศึกษาแห่งหนึ่งที่ได้มุ่งผลิตให้นักศึกษาพยาบาลเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ และความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ด้วยการจัดการเรียนการสอนในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติให้กับนักศึกษาพยาบาล ในวิชาการพยาบาลเด็กก็เช่นกัน นักศึกษาพยาบาลจะได้รับการฝึกฝนทักษะการพยาบาลต่างๆ สำหรับผู้ป่วยเด็กตั้งแต่แรกเกิดจนถึงเด็กอายุ 15 ปีบนหอผู้ป่วยเด็ก ทำให้นักศึกษาพยาบาลได้ทราบพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยเด็ก และพยายามที่จะสื่อเพื่อให้ผู้ป่วยเด็กทราบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความเข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กด้วย ซึ่งการที่นักศึกษาพยาบาลจะสามารถแสดงออกด้วยพฤติกรรมการสื่อสารให้ผู้ป่วยเด็กทราบได้นั้น นักศึกษาพยาบาลจะต้องเรียนรู้ สนใจ สังเกต และฝึกฝนที่จะสื่อทางพฤติกรรมด้วยคำพูดและกิริยาท่าทางกับผู้ป่วยเด็ก ว่า นักศึกษาพยาบาลมีความรัก ความห่วงใย และสนใจเอาใจใส่ต่อผู้ป่วยเด็กอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจให้ตรงกัน และสามารถที่จะสื่อสารกันได้อย่างเหมาะสมระหว่างนักศึกษาพยาบาลกับผู้ป่วยเด็กได้มากยิ่งขึ้น

อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คนเรามีความแตกต่างกันในด้าน ความคิด และพฤติกรรมที่แสดงออกเพื่อการตอบสนองกับสิ่งแวดล้อมหรือบุคคล เนื่องจากบุคคลที่มีอายุมากผ่านประสบการณ์ชีวิตที่ยาวนาน ย่อมจะมีความคิดพิจารณาอย่างรอบคอบและตอบสนองโดยแสดงออกทางพฤติกรรมของการสื่อสารต่างจากบุคคลที่อายุน้อยกว่า และบุคคลที่อายุน้อยกว่าจะสื่อสารเปลี่ยนไปเมื่ออายุมากขึ้น (Myers and Myers, 1982 อ้างถึงใน พิษชุตตา วิรัชพินทุ, 2534: 30; ปรมะ สตะเวทิน, 2538: 105) ลำดับพี่น้องในครอบครัว เป็นปัจจัยหนึ่ง que แสดงให้เห็นว่า ครอบครัวที่มีบุตรหลายคน คนโตกับคนสุดท้องมักพูดเก่ง เนื่องจากคนโตเมื่อเกิด พ่อแม่จะตื่นเต้นเอาใจใส่มาก ส่วนคนเล็กมีโอกาสเลียนแบบจากพี่น้องหลายๆคน และพ่อแม่อาจมีเวลาเอาใจใส่มากด้วย สำหรับคนกลางจะไม่ค่อยได้รับโอกาสดังที่กล่าวมา และในครอบครัวที่มีบุตรคนเดียว เด็กจะพูดได้เร็วกว่าคนวัยเดียวกันที่มีพี่น้องมาก (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2519: 126) ประสบการณ์ในเลี้ยงดูเด็ก เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่บุคคลมีความแตกต่างกัน เมื่อบุคคลมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็กก็สามารถที่จะเลี้ยงดูและเรียนรู้ภาษาท่าทางของเด็กเพื่อตอบสนองความต้องการของเด็กได้ ดังที่ Reeder et al. (1980) ที่กล่าวว่า ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารกของ



มารดา ทำให้เพิ่มโอกาสที่มารดาจะได้เรียนรู้และคุ้นเคยต่อการดูแลทารกมาก่อน ซึ่งต่างจากมารดาที่ขาดประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารก ทำให้มีความวิตกกังวล ไม่มั่นใจในการแสดงบทบาทความเป็นแม่ และไม่แน่ใจว่าจะสามารถตอบสนองความต้องการของทารกได้ถูกต้องหรือไม่ ซึ่งจาก อายุ ลำดับพี่น้องในครอบครัว และประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมที่จะตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมและบุคคล ดังนั้นแนวโน้มพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของพยาบาลวิชาชีพ ก็อาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคล อันได้แก่ อายุ ลำดับพี่น้องในครอบครัว และประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็กได้เช่นกัน

ความรู้ตามแนวคิดของ Bloom (1971) ได้กล่าวว่า ความรู้ที่ผ่านประสบการณ์จากการตอบสนองสิ่งเร้า (Stimulus - Response) ผ่านการจดจำ จะส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกของมนุษย์ ในทำนองเดียวกับ บุคคลที่มีความรู้สิ่งใดสิ่งหนึ่ง ย่อมมีผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมไปด้วย วิทยานานาศิลป์ และ ประสบสุข ศรีแสนปาง (2541) กล่าวว่า กิจกรรมทางการพยาบาลแต่ละอย่างจำเป็นที่ต้องใช้องค์ความรู้ ศิลปะ และทักษะของพยาบาล เช่น การที่จะให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเวช พยาบาลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับหลักการให้คำแนะนำปรึกษา จิตวิทยาการเรียนรู้ หลักการสอนและการประเมินผล องค์ความรู้เกี่ยวกับจิตเวช หลักจิตวิทยาหรือผลข้างเคียงของยาทางจิตเวช ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นที่พยาบาลจะต้องนำไปเป็นข้อมูลในการวิเคราะห์และกำหนดคกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสม สอดคล้องกับ Cronin, Quasah and Larson (1993) ที่กล่าวว่า หากพยาบาลไม่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล การที่จะปฏิบัติงานเพื่อป้องกันและควบคุมเชื้อในโรงพยาบาลก็ไม่สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ตรงกับความคิดเห็นของ Shortridge and Lee (1980) ที่ว่า ลักษณะสำคัญของพยาบาลวิชาชีพจะต้องใช้ความรู้เป็นหลักในการปฏิบัติ ซึ่งจากการวิจัยของ พรพรรณ เขียรปัญญา (2538) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา และก่อนที่จะสื่อสารกับผู้อื่น รัชณี ศุจิจันทร์รัตน์ (2531) ได้กล่าวว่า ผู้ส่งข่าวสารจะต้องมีความรู้ของข่าวสารที่จะส่ง คิดวิธีที่จะสื่อข้อมูลออกไปให้ผู้รับ รับได้เข้าใจตรงกับที่ผู้ส่งข่าวสารต้องการ แล้วรับวิธีการสื่อสารให้เหมาะสมกับผู้รับสาร ดังนั้นการที่พยาบาลเด็กจะสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กก็ควรมีความรู้เรื่องที่จะสื่อสาร รู้พัฒนาการทางภาษาของเด็กที่จะสื่อสารด้วย และวิธีที่จะสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน และสามารถให้การพยาบาลที่ตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วยเด็กได้เช่นกัน

ทัศนคติเป็นความรู้สึก ความคิดเห็น และความเชื่อภายในจิตใจบุคคล ที่จะกระตุ้นให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมไปในทิศทางใดทางหนึ่ง เป็นการตอบสนองต่อสรรพสิ่งหรือที่บุคคลเข้าไปเกี่ยวข้องกับ (Alport, 1935) ดังที่ Triandis (1971) กล่าวว่า เมื่อมีความพึงพอใจต่อวิชาชีพ ก็ย่อมส่งผลต่อการยอมรับในลักษณะงาน ยอมรับในปัญหาของงาน ส่งผลถึงพฤติกรรมที่แสดงออกในงานวิชาชีพ ตรง

กับผลการวิจัยของ ปิยะมาศ ภูษาไทย (2520, อ้างถึงใน วิมล ธนสุวรรณ, 2521) ที่ศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลประจำการที่มีต่อการปฏิบัติงานแผนกกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช พบว่าผู้ที่สมัครใจมาปฏิบัติงานนั้น มีความคิดเห็นว่าลักษณะงานการพยาบาลเด็กเป็นงานที่สนุก ไม่จำเจ ตรงข้ามกับผู้ที่ไม่ได้สมัครใจในการปฏิบัติงานมีความคิดเห็นว่าลักษณะงานการพยาบาลเด็กเป็นงานที่ไม่สนุก จำเจ น่าเบื่อ และในวิจัยของ ฉลองรัฐ อินทรีย์ และ คณะ (2519) ที่สำรวจทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลประจำการทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคต่อการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ พบว่านักศึกษาพยาบาลและพยาบาลประจำการทั้งสองกลุ่มที่เลือกปฏิบัติงานด้านกุมารเวชศาสตร์ เนื่องจากชอบเด็ก ในทางตรงกันข้ามนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลประจำการทั้งสองกลุ่มที่ไม่เลือกปฏิบัติงานด้านกุมารเวชศาสตร์ เนื่องจากไม่ชอบเด็ก สำหรับการที่นักศึกษาพยาบาลและพยาบาลประจำการทั้งสองกลุ่มมีทัศนคติที่ดีต่อเด็กเจ็บป่วย เนื่องจากผู้ป่วยเด็กเป็นผู้นำข่าวสารและต้องการความช่วยเหลือ ซึ่ง Berlo (1960) ได้กล่าวว่า ทัศนคติทั้งของผู้ส่งสารและผู้รับสารเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถเพิ่มหรือลดประสิทธิภาพการสื่อสาร อันประกอบด้วยทัศนคติต่อตนเอง (Attitude toward self) ทัศนคติต่อเรื่องที่จะสื่อสาร (Attitude toward subject matter) และทัศนคติต่อผู้รับสาร (Attitude toward receiver) ตรงกับ บุญศรี ปราบณศักดิ์ และศิริพร จิรวัดนกุล (2536) กล่าวถึงเจตคติ (ทัศนคติ หรือ attitude) ในการสื่อสารทางการพยาบาลว่า เจตคติของผู้สื่อสารที่มีอิทธิพลต่อการสื่อสาร ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน คือ เจตคติต่อตนเอง เจตคติต่อผู้ที่เราสื่อสารด้วย และเจตคติต่อเรื่องราวที่สื่อสารกัน ดังนั้นพยาบาลที่จะสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเด็ก ก็ควรจะมีทัศนคติทั้งต่อตนเองที่จะสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ต่อผู้ป่วยเด็กที่จะรับข่าวสาร ต่อเรื่องราวที่จะสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก และต่อการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยเด็กได้ด้วย

แบบอย่าง (Role Model) ตามแนวคิดของ Bandura (1989) กล่าวว่า แบบอย่างมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล เนื่องจากพฤติกรรมเกิดจากการเรียนรู้โดยผ่านแบบอย่าง จะรับรู้แล้วกระทำเก็บไว้ทั้งในรูปแบบภาพและภาษาในกระบวนการความคิด และจึงปฏิบัติพฤติกรรมนั้นออกมา โดยเฉพาะแบบอย่างที่เป็นตัวบุคคล จะเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกอย่างเด่นชัด มีความหมาย อธิบายได้ และแสดงพฤติกรรมนั้นซ้ำๆ (Mann and Decker, 1984 อ้างถึงใน สุปรียา ต้นสกุล, 2540 : 61) ทำให้ผู้เรียนหรือนักศึกษาพยาบาลสามารถสังเกตและปฏิสัมพันธ์ได้โดยตรง ซึ่งแบบอย่างของบุคคลหนึ่งที่นักศึกษาพยาบาลให้ความสำคัญก็คือ อาจารย์พยาบาล (Osman, 1987; อารีย์ สุขก่องวาริ, 2539) เนื่องจากอาจารย์พยาบาลก็ต้องแสดงบทบาททางพยาบาลวิชาชีพในขณะขึ้นนิเทศนักศึกษาพยาบาลภาคปฏิบัติ เพราะอาจารย์พยาบาลก็ต้องเป็นผู้ที่มีความชำนาญทางคลินิก (Expert Power) มีการปฐมนิเทศในคลินิกอย่างจริงจัง (Kramer, 1971 อ้างถึงใน ผ่องศรี เกียรติเลิศสนา, 2526 :20) เพื่อการ



แสดงออกของความเป็นแบบอย่างแก่นักศึกษาพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วย ดังที่ Wiseman (1994) ศึกษาแบบอย่างพฤติกรรมในคลินิกของอาจารย์ พบว่า อาจารย์ในคลินิกถูกมอง การปฏิบัติบทบาทการปฏิบัติการพยาบาลโดยนักศึกษาพยาบาล ซึ่งนักศึกษาจะสังเกตและปฏิบัติตามพฤติกรรมที่อาจารย์พยาบาลแสดงออกมา สอดคล้องกับการวิจัยของ ศรสาธา ชัยตรุณ (2537) พบว่า การเป็นแบบอย่างของอาจารย์พยาบาลจะสามารถพยากรณ์การปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลได้ ซึ่งแบบอย่างของอาจารย์พยาบาลในปฏิบัติการพยาบาลมีส่วนส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลเช่นกัน ดังนั้นการที่อาจารย์พยาบาลจะแสดงออกเพื่อการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ก็ควรจะแสดงออกในรูปของบทบาทหน้าที่การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเป็นแบบอย่างแก่นักศึกษาพยาบาลที่จะสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กในด้านของการเป็นผู้ดูแล การเป็นผู้สอน การเป็นผู้ให้คำปรึกษา และการเป็นผู้แทนของผู้ป่วยเด็กได้ด้วย

จากวรรณกรรมและการวิจัยข้างต้น แสดงให้เห็นว่าการสื่อสารระหว่างบุคคลนั้นมีจุดมุ่งหมายหลักคือเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน ในสถานการณ์ของการพยาบาลเด็ก ตัวเด็กซึ่งเป็นผู้สื่อสารจะมีข้อจำกัดด้านวุฒิภาวะและพัฒนาการของการสื่อสาร เนื่องจากผู้ป่วยเด็กต้องเผชิญกับการพลัดพรากจากพ่อแม่ การพบบุคคลและสถานการณ์ที่ไม่คุ้นเคย รวมทั้งได้รับกิจกรรม การรักษาพยาบาลที่คุกคามร่างกายหรือมีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป ( สุธิศา อารยพิทยา, 2534 ) อันจะเป็นอุปสรรคในการสื่อสาร หากพยาบาลให้การดูแลในการส่งและรับข่าวสารไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยเด็ก จะเป็นผลเสียต่อกระบวนการดูแลผู้ป่วยเด็กได้ ซึ่งในการจัดการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลเด็กจำเป็นต้องสอนและปฏิบัติการพยาบาลที่เจาะลึกถึงพื้นฐานของการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก และเน้นย้ำให้นักศึกษาพยาบาลเห็นความสำคัญในการแสดงออกของพฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก โดยผ่านบทบาทการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาล ผู้วิจัยในฐานะอาจารย์พยาบาลจึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ลำดับพี่น้องในครอบครัว และประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กทัศนคติต่อการพยาบาลเด็ก แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาลอย่างไร เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมและพัฒนาการศึกษาพยาบาลให้มีความรู้ความเข้าใจและสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ทักษะติดต่อการพยาบาลเด็ก แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล และพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล
3. ศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล โดยมีตัวแปรพยากรณ์คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ทักษะติดต่อการพยาบาลเด็ก และแบบอย่างของอาจารย์พยาบาล

## ปัญหาในการวิจัย

1. นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กอย่างไร
2. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ลำดับพี่น้องในครอบครัว และ ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ทักษะติดต่อการพยาบาลเด็ก แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาลหรือไม่อย่างไร
3. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ลำดับพี่น้องในครอบครัว และ ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ทักษะติดต่อการพยาบาลเด็ก แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของ นักศึกษาพยาบาลได้หรือไม่

## แนวเหตุผลและสมมุติฐาน

การประสานความร่วมมือในการดูแลรักษาพยาบาลระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล เป็นจุดมุ่งหมายหลักของพยาบาลเด็กทุกคนที่มีความปรารถนาให้เกิดขึ้น พฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลที่แสดงออกต่อผู้ป่วยเด็กเป็นรากฐานสำคัญหนึ่งที่ตั้งสัมพันธ์ภาพให้เกิดความร่วมมือดังกล่าว ซึ่งพยาบาลที่แสดงออกเพื่อการสื่อสารกับเด็กนั้น จะต้องมีความเข้าใจพัฒนาการของเด็ก และวิธีการสื่อสารกับเด็ก ตามแนวคิดของ Berlo (1960) กล่าวว่า ความสำเร็จของการสื่อสารขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของการสื่อสาร นั่นคือ ผู้ส่งสาร สาร สื่อ และผู้รับสาร โดยขณะที่มีการสื่อสารนั้น ในบุคคลหนึ่งจะเป็นทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสาร ทำให้บุคคลดังกล่าวต้องมีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติเกี่ยวกับเรื่องที่จะสื่อสารอย่างต่อเนื่อง เพื่อจะได้แสดงออกทางพฤติกรรมในการตอบสนองผู้อื่นได้ถูกต้องและเกิดความเข้าใจที่ตรงกัน ดังนั้นพฤติกรรมการสื่อสารของนักศึกษาพยาบาลจึงมี

ความสำคัญต่อการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเด็ก และผลลัพธ์ในการปฏิบัติการพยาบาลเด็ก ทั้งนี้มีปัจจัยหลายประการที่โน้มนำให้นักศึกษาพยาบาลเกิด ความสามารถในการแสดงออกเพื่อการสื่อสารได้อย่างเหมาะสม ได้แก่

### **ปัจจัยส่วนบุคคล**

#### **อายุ**

อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คนเรามีความแตกต่างกันในด้านความคิด และพฤติกรรมที่แสดงออกเพื่อการตอบสนองกับสิ่งแวดล้อมหรือบุคคล เนื่องจากบุคคลที่มีอายุมากผ่านประสบการณ์ชีวิตที่ยาวนาน ย่อมจะมีความคิดพิจารณาอย่างรอบคอบและแสดงออกทางพฤติกรรมการสื่อสารต่างจากบุคคลที่อายุน้อยกว่า และบุคคลที่อายุน้อยกว่าจะแสดงพฤติกรรม การสื่อสารเปลี่ยนไปเมื่ออายุมากขึ้น (Myers and Myers, 1982 อ้างถึงใน พิษขุตา วิรัชพินทุ, 2534 : 30 ; ปรมะ สตะเวทิน, 2538: 105) ดังนั้นอายุจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก

#### **ลำดับพี่น้องในครอบครัว**

ลำดับพี่น้องในครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่พบว่าเกี่ยวข้องกับความสามารถในการสื่อสาร ศรีเรือน แก้วกังวาล (2519:126) กล่าวว่า ครอบครัวที่มีบุตรหลายคน คนโตกับคนสุดท้ายมักพูดเก่ง เนื่องจากคนโตเมื่อเกิดพ่อแม่จะตื่นเต็นเอาใจใส่มาก ส่วนคนเล็กมีโอกาสเลียนแบบจากพี่น้องหลายๆ คน และพ่อแม่อาจมีเวลาเอาใจใส่มากด้วย สำหรับคนกลางจะไม่ค่อยได้รับโอกาสดังที่กล่าวมา และในครอบครัวที่มีบุตรคนเดียว เด็กจะพูดได้เร็วกว่าคนวัยเดียวกันที่มีพี่น้องมาก ดังนั้นลำดับพี่น้องในครอบครัวจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก

#### **ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก**

ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็กเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่บุคคลมีความแตกต่างกัน เมื่อบุคคลที่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็กก็สามารถที่เลี้ยงดูและเรียนรู้ภาษาท่าทางของเด็กเพื่อตอบสนองความต้องการของเด็กได้ ดังที่ Reeder et al. (1980 :27) กล่าวว่า ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารกของมารดา ทำให้เพิ่มโอกาสที่มารดาจะได้เรียนรู้และคุ้นเคยต่อการดูแลทารกมาก่อน ซึ่งต่างจากมารดาที่ขาดประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารก ทำให้มีความวิตกกังวล ไม่มั่นใจในการแสดงบทบาทความเป็นแม่ และไม่แน่ใจว่าจะสามารถตอบสนองความต้องการของทารกได้ถูกต้องหรือไม่ และ นิลบล รุจิระประเสริฐ (2539: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาว่าประสบการณ์เลี้ยงดูทารกมีความสัมพันธ์กับการแสดงบทบาทการเป็นมารดา ดังนั้นประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็กจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก

### ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก

ความรู้ที่ผ่านประสบการณ์จากการตอบสนองสิ่งเร้า ( Stimulus - Response) ผ่านการจดจำ จะส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกของมนุษย์ ในทำนองเดียวกับบุคคลที่มีความรู้สิ่งใดสิ่งหนึ่ง ย่อมมีผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมไปด้วย (Bloom,1971) ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในแต่ละสาขาต้องอาศัยความรู้ของสาขานั้นเป็นหลัก เพื่อความถูกต้องของการปฏิบัติ ( วิวัฒนา นานาศิลป์ และ ประสพสุข ศรีแสนปาง, 2541; Cronin, Quasah and Larson,1993; Shortridge and Lee,1980 ) ดังการวิจัยของ พรพรรณ เตียรปัญญา (2538) ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา และในวิจัยของ ชื่นจิตต์ ประสมสุข (2540) พบว่า ความรู้เรื่องสิทธิของผู้ป่วยในพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลที่เคารพสิทธิของผู้ป่วย ดังนั้นความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก

### ทัศนคติต่อการพยาบาลเด็ก

ทัศนคติเป็นความรู้สึก ความคิด และความเชื่อภายในจิตใจบุคคล ที่จะกระตุ้นให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมไปในทิศทางใดทางหนึ่ง เป็นการตอบสนองต่อสรรพสิ่งที่บุคคลเข้าไปเกี่ยวข้อง (Alport,1935 ) ดังที่ Triandis (1971) กล่าวว่า เมื่อมีความพึงพอใจต่อวิชาชีพ ย่อมทำให้บุคคลยอมรับในลักษณะงาน ยอมรับในปัญหาของงานและส่งผลถึงพฤติกรรมที่แสดงออกในงานวิชาชีพ ซึ่งการที่พยาบาลจะให้การพยาบาลกับเด็กได้ การสมัครใจและเลือกที่จะปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็ก เนื่องจากมีความรักเด็ก จะทำให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปได้อย่างพึงประสงค์และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเด็กได้ (ปิยะมาศ ภูษาไทย, 2520 อ้างถึงใน วิมล ธนสุวรรณ , 2521; ฉลองรัฐ อินทรีย์ และคณะ, 2519) ซึ่ง Berlo (1960) ได้กล่าวว่า ทัศนคติทั้งของผู้ส่งสารและผู้รับสารเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถเพิ่มหรือประสิทธิผลของการสื่อสาร โดยประกอบด้วยทัศนคติต่อตนเอง (Attitude toward self) ทัศนคติต่อเรื่องที่จะสื่อสาร ( Attitude toward subject matter ) และทัศนคติต่อผู้รับสาร (Attitude toward Receiver) ซึ่งตรงกับ บุณศรี ปราภณศักดิ์ และ ศิริพร จิรวัดมนกุล (2536) กล่าวถึง เจตคติ (ทัศนคติ หรือ Attitude) ในการสื่อสารทางการพยาบาลว่า เจตคติของผู้สื่อสารที่มีอิทธิพลต่อการสื่อสาร อันประกอบด้วย 3 ส่วน คือ เจตคติต่อตนเอง เจตคติต่อคู่สื่อสาร และเจตคติต่อเรื่องราวที่สื่อสารกัน ดังนั้นทัศนคติต่อการพยาบาลเด็กจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก

## แบบอย่างของอาจารย์

แบบอย่างมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล เมื่อบุคคลเรียนรู้ผ่านแบบอย่าง จะรับรู้เก็บไว้ในกระบวนการความคิด แล้วจึงปฏิบัติพฤติกรรมนั้นออกมา (Bandura, 1989) โดยเฉพาะแบบอย่างที่เป็นตัวบุคคล จะเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกอย่างเด่นชัด มีความหมาย อธิบายได้ และแสดงพฤติกรรมนั้นซ้ำๆ (Mann and Decker, 1984 อ้างถึงใน สุปรียา ตันสกุล, 2540 : 61) ทำให้ผู้เรียนหรือนักศึกษาพยาบาลสามารถสังเกตและปฏิสัมพันธ์ได้โดยตรง และเพื่อการแสดงออกของนักศึกษาพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วย อาจารย์พยาบาลก็เป็นบุคคลหนึ่งที่มีส่วนในการเป็นแบบอย่างสำหรับนักศึกษาพยาบาล ดังที่ Wiseman (1994) ศึกษาแบบอย่างพฤติกรรมในคลินิกของอาจารย์ พบว่า อาจารย์ในคลินิกถูกมองการปฏิบัติบทบาทการปฏิบัติการพยาบาลโดยนักศึกษาพยาบาล ซึ่งนักศึกษาจะสังเกตและปฏิบัติตามพฤติกรรมที่อาจารย์พยาบาลแสดงออกมา สอดคล้องกับการวิจัยของ ศรสวาท ชัยดรุณ (2536) ที่พบว่า การเป็นแบบอย่างจะสามารถพยากรณ์การปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลได้ ดังนั้นแบบอย่างของอาจารย์พยาบาลจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก

ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ลำดับพี่น้องในครอบครัว และประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล
2. ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล
3. ทักษะติดต่อการพยาบาลเด็ก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล
4. แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล
5. ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ทักษะติดต่อการพยาบาลเด็ก แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาลได้

## ขอบเขตของงานวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ทักษะติดต่อการพยาบาลเด็ก แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล กับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล



1. ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ คือ นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สถาบันพระบรมราชชนก สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปีการศึกษา 2543

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลของสถาบันพระบรมราชชนก สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ผ่านการศึกษาวิชาการพยาบาลเด็กและกำลังฝึกปฏิบัติ หรือผ่านการฝึกปฏิบัติวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็ก 3

3. ตัวแปรที่ศึกษา คือ

ตัวแปรอิสระ (Independent Variable) ได้แก่

- 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ลำดับพี่น้องในครอบครัว และประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก
- 2) ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก
- 3)ทัศนคติต่อพยาบาลเด็ก
- 4) แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล

ตัวแปรตาม (dependent Variable) ได้แก่ พฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ซึ่งเป็นพฤติกรรมการสื่อสารทั่วไปที่ใช้ในผู้ป่วยเด็ก 2 – 15 ปี

#### คำจำกัดความของงานวิจัย

**ปัจจัยส่วนบุคคล** หมายถึง คุณสมบัติหรือลักษณะที่เกี่ยวกับนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ อายุ หมายถึง อายุของนักศึกษานับหน่วยจำนวนเต็มเป็นปี

ลำดับพี่น้องในครอบครัว หมายถึง ลำดับการเกิดของนักศึกษาพยาบาลจากจำนวนพี่น้องทั้งหมดในครอบครัว ซึ่งแบ่งเป็น 4 ลำดับ ได้แก่ บุตรคนโต บุตรคนเดียว บุตรคนกลาง (คนที่ 2 ขึ้นไป) และบุตรคนสุดท้อง

ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก หมายถึง การที่นักศึกษาพยาบาลได้ช่วยเหลือดูแลเด็กที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดถึงอายุ 15 ปี ซึ่งอาจเป็นเด็กที่อยู่อาศัยในครอบครัวเดียวกันกับนักศึกษาพยาบาลหรือเป็นเด็กอื่นที่ไปมาหาสู่เป็นประจำ โดยพิจารณาจากการมีประสบการณ์และไม่มีประสบการณ์

**ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก** หมายถึง ความเข้าใจของนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับความสามารถของเด็กในการสื่อสารตามวัยและวิธีการที่พยาบาลควรใช้สื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก โดยมีเนื้อหา 2 เรื่อง คือ

พัฒนาการทางภาษาและอารมณ์สังคมของเด็ก หมายถึง ความเข้าใจของนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับความสามารถในการใช้ภาษาตามวัยของเด็กที่เป็นผลจากพัฒนาการทางการพูดและ



กระบวนการทางอารมณ์สังคม ได้แก่ ลักษณะการพูด ลักษณะสังคมของเด็ก การแสดงออกด้วยคำพูดและกิริยาท่าทางตามอารมณ์ของเด็ก

วิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก หมายถึง การเข้าใจของนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับวิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของพยาบาลที่ควรปฏิบัติทั้งด้านอวัจนภาษาและอวัจนภาษา สำหรับผู้ป่วยเด็กในแต่ละวัยและสถานการณ์ต่างๆ

**ทัศนคติต่อการพยาบาลเด็ก** หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น และความเชื่อของนักศึกษาพยาบาลในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ที่ครอบคลุมทัศนคติ 4 ด้าน คือ

ทัศนคติต่อตนเอง หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น และความเชื่อของนักศึกษาพยาบาลที่มีต่อความสามารถของตนเองในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ในเรื่องความเมตตา กรุณา การรักษาสัญญา ภูมิใจ และความพร้อมที่จะสื่อสาร

ทัศนคติต่อผู้ป่วยเด็ก หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น และความเชื่อของนักศึกษาพยาบาลต่อการแสดงออกของผู้ป่วยเด็กทั้งด้านอวัจนภาษาและอวัจนภาษา ที่แสดงถึงการเรียกร้องหรือการบอกถึงความต้องการ รวมทั้งลักษณะของผู้ป่วยเด็กที่น่าสงสารและการช่วยเหลือตนเองได้น้อย

ทัศนคติต่อเรื่องราวที่สื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น และความเชื่อของนักศึกษาพยาบาลต่อข้อมูลหรือข่าวสารที่จะแลกเปลี่ยนกับผู้ป่วยเด็ก ในเรื่อง การรักษาพยาบาล บุคลากรในหอผู้ป่วยเด็ก และกฎระเบียบของโรงพยาบาล รวมทั้งการแสดงออกด้วยกิริยาท่าทางในการทักทาย ชื่นชม ยินดี ปลอดภัยให้กำลังใจในเวลาที่เหมาะสม ตลอดจนการสัมผัส

ทัศนคติต่อการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยเด็ก หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น และความเชื่อของนักศึกษาพยาบาลต่อลักษณะงานการพยาบาลเด็กที่ต้องมีความละเอียดรอบคอบ อดทนในการปฏิบัติการพยาบาลกับเด็ก การจัดสภาพหอผู้ป่วยที่ปลอดภัยจากอุบัติเหตุและ สะอาด

**แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล** หมายถึง การรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลที่กำลังฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยเด็กต่อการเป็นต้นแบบด้านการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของอาจารย์พยาบาลในขณะทำการนิเทศนักศึกษาพยาบาลทั้งด้านอวัจนภาษาและอวัจนภาษา โดยครอบคลุมบทบาทของอาจารย์พยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล 4 ด้าน คือ

ด้านการดูแล หมายถึง การที่อาจารย์พยาบาลให้ความสนใจ เอาใจใส่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเด็ก ขณะให้การพยาบาลด้วยการสัมผัสอย่างนุ่มนวลอ่อนโยน ให้ความสม่ำเสมอในการดูแล พูดคุยเป็นกันเองด้วยการเรียกชื่อเล่นของเด็ก รับฟังการปฏิเสธในรักษาพยาบาลของผู้ป่วยเด็ก

ชื่นชมเมื่อเด็กร่วมมือรักษาพยาบาลหรือปฏิบัติตนอย่างถูกต้องในการรักษาพยาบาล รวมทั้งการสังเกตพฤติกรรมต่างๆของเด็ก เช่น การจ้องมอง การสัมผัส และการนั่งนิ่งๆ

ด้านการเป็นผู้สอน หมายถึง การที่อาจารย์พยาบาลสอน อธิบาย และตอบคำถามของผู้ป่วยเด็กด้วยภาษาที่เด็กเข้าใจง่าย การใช้เวลาในการอธิบายหรือซักถามในสิ่งที่สอน การใช้ น้ำเสียงสูงๆต่ำๆ การใช้สื่อประกอบ เช่น ตุ๊กตา หนังสือการ์ตูน ของเล่น รูปภาพ เป็นต้น รวมทั้งแนะนำกฎระเบียบของโรงพยาบาลและชื่อของอาจารย์พยาบาล

ด้านการให้คำปรึกษา หมายถึง การที่อาจารย์พยาบาลใช้เวลาในการรับฟังเรื่องราวปัญหาจนเด็กเล่าจบหรือข้อสงสัยในการรักษาพยาบาล การแสดงออกด้วยท่าทางถึงความ เป็นมิตร แสดงท่าทางของความยินดีที่จะรับฟัง การสบตาสบตาเป็นระยะๆ รวมทั้งการยื่นหรือนั่งใน ระดับสายตาของผู้ป่วยเด็ก

ด้านการเป็นผู้แทนผู้ป่วย หมายถึง การที่อาจารย์พยาบาลรักษาสติของผู้ป่วยเด็กโดยการ เป็นตัวกลางระหว่างผู้ป่วยเด็กกับครอบครัว หรือผู้ป่วยเด็กกับแพทย์ พยาบาลหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง ปกป้องอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็ก ส่งเสริมและสนับสนุนพัฒนาการของผู้ป่วยเด็ก

**พฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล** หมายถึง การประเมินตนเองของนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ด้วยการแสดงออกทางพฤติกรรม การสื่อสารทั่วไปที่ใช้ในผู้ป่วยเด็ก 2 – 15 ปี ประกอบด้วยการสื่อสาร 2 ด้าน คือ

ด้านวัจนภาษา หมายถึง การสื่อสารของนักศึกษาพยาบาลเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลด้วย คำพูด โดยครอบคลุม 3 ลักษณะ คือ

1. การพูดเพื่อเข้าถึงความรู้สึก หมายถึง การที่นักศึกษาพยาบาลพูดสะท้อนความคิดและ ความรู้สึกของผู้ป่วยเด็กที่แสดงออกทางพฤติกรรม

2. การพูดเพื่อช่วยเหลือ หมายถึง การที่นักศึกษาพยาบาลพูดกับผู้ป่วยเด็กในเรื่อง เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการปฏิบัติตนขณะการรักษาพยาบาลตามวัยของผู้ป่วยเด็ก การให้ กำลังใจปลอบใจกับผู้ป่วยเด็ก การเป็นผู้แทนเด็กในการสื่อสารความต้องการของผู้ป่วยเด็ก กับ ครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ตลอดจนการยินดีรับฟังเรื่องราว ปัญหาและตอบ คำถามของผู้ป่วยเด็ก

3. การพูดเพื่อส่งเสริมการมีคุณค่า หมายถึง นักศึกษาพยาบาลพูดกับผู้ป่วยเด็กที่ แสดงถึงการยอมรับผู้ป่วยเด็กและการเคารพความเป็นบุคคลของเด็ก ด้วยการรักษาความลับ กล่าวขอ โทษเมื่อรบกวนความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยเด็ก การยอมรับพฤติกรรมที่แสดงออกทางลบของเด็ก และส่งเสริมพฤติกรรมทางบวกของเด็กด้วยการยกย่องชมเชยหรือให้แรงจูงใจทางบวก

ด้านอวัจนภาษา หมายถึง การสื่อสารของนักศึกษาพยาบาลโดยใช้ลักษณะทางร่างกายโดยครอบคลุม 7 ลักษณะ คือ

1. กิริยาท่าทาง หมายถึง การเคลื่อนไหวของร่างกายที่แสดงด้วยท่าที่นุ่มนวล ยิ้มแย้ม ทักทาย แสดงสีหน้าที่สอดคล้องกับเรื่องราวหรือสถานการณ์

2. การแสดงออกทางสายตา หมายถึง การใช้สายตาที่มีแสดงถึงความ เป็นมิตรด้วยการสบตา การมองเป็นระยะๆ เมื่ออยู่ห่างกัน

3. การสัมผัส หมายถึง การแสดงออกด้วยการจับต้อง ลูบคลำ อย่างนุ่มนวลและเหมาะสมกับสถานการณ์

4. น้ำเสียง หมายถึง การแสดงออกด้วยน้ำเสียงขณะพูดด้วยน้ำเสียงที่ไพเราะ นุ่มนวล ระดับจังหวะที่ดึงดูดน่าสนใจของผู้ป่วยเด็ก

5. ระยะห่าง หมายถึง การแสดงออกด้วยการใช้ระยะความใกล้ชิดของร่างกายเป็นเกณฑ์ ในขณะที่สื่อสารระหว่างนักศึกษาพยาบาลกับผู้ป่วยเด็กตามวัย โดยการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยเด็ก แสดงถึงการเอาใจใส่ ใ้วางใจ การอยู่ไกลจากผู้ป่วยเด็กแสดงถึงการไม่เอาใจใส่ ละเลย ซึ่งแบ่งระยะความใกล้ชิดดังนี้ ความใกล้ชิดมาก ระยะ 0 – 18 นิ้ว ระยะห่างระหว่างบุคคล 18 นิ้ว - 4 ฟุต และระยะห่างในสังคม 4 – 12 ฟุต

6. การให้เวลากับผู้ป่วยเด็ก หมายถึง การแสดงออกโดยให้เวลาพูดคุยกับผู้ป่วยเด็กด้วยการให้เวลารับฟังจนเด็กพูดจบ การพูดคุยเรื่องราวต่างๆ ซ้ำให้ได้กรับฟังและตามความต้องการของผู้ป่วยเด็ก

7. อุปกรณ์ที่สัมผัสกับผู้ป่วยเด็ก หมายถึง ผ้าที่ใช้กับผู้ป่วยเด็ก เช่น เสื้อผ้า ผ้าปูเตียง ปลอกหมอน ผ้าห่ม เป็นต้น ที่มีสะอาดอ่อนนุ่ม มีขนาดเหมาะสมกับตัวเด็ก การอนุญาตให้ผู้ป่วยเด็กใช้เสื้อผ้าหรือผ้าห่มของตนเอง และการดูแลจำนวนผ้าที่ใช้กับผู้ป่วยเด็กให้เพียงพอ

**นักศึกษาพยาบาล** หมายถึง นักศึกษาที่ได้รับการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในชั้นปี 3 ในการศึกษา 2543 ที่ผ่านการศึกษาระดับปริญญาตรีวิชาการพยาบาลเด็กและกำลังฝึกปฏิบัติหรือผ่านการฝึกปฏิบัติวิชาการพยาบาลเด็ก 3

### ประโยชน์ที่ได้รับ

1. เป็นแนวทางให้ผู้บริหารและอาจารย์พยาบาลพัฒนาการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลเด็ก เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กได้เหมาะสม

2. เป็นแนวทางที่ส่งเสริมให้อาจารย์พยาบาลแสดงพฤติกรรมสื่อสารในการปฏิบัติการพยาบาลเด็ก

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับเด็ก ทักษะติดต่อการพยาบาลเด็ก แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล และพฤติกรรม การสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล และความสามารถของตัวแปรในการพยากรณ์ร่วมกัน จึงทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. วิชาที่เกี่ยวกับการสื่อสารในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
  - 1.1 ปรัชญาและวัตถุประสงค์ของหลักสูตร
  - 1.2 วิชาที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของหลักสูตร
2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการสื่อสาร
  - 2.1 ความหมาย ทฤษฎี และประเภทการสื่อสาร
  - 2.2 การสื่อสารทางการพยาบาล
  - 2.3 การสื่อสารเพื่อการช่วยเหลือรักษา
3. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก
  - 3.1 ความหมายของความรู้
  - 3.2 การสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของพยาบาล
    - 3.2.1 พัฒนาการทางภาษาและอารมณ์สังคมของเด็ก
    - 3.2.2 วิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก
4. แนวคิดเกี่ยวกับทักษะติดต่อการพยาบาลเด็ก
  - 4.1 ความหมายของทักษะติดต่อ
  - 4.2 องค์ประกอบของทักษะติดต่อ
  - 4.3 ทักษะติดต่อกับการสื่อสาร
5. แนวคิดเกี่ยวกับแบบอย่างของอาจารย์พยาบาล
  - 5.1 กระบวนการเรียนรู้จากการสังเกต
  - 5.2 บทบาทพยาบาลวิชาชีพ
6. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก
7. ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก
8. วิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. วิชาที่เกี่ยวกับการสื่อสารในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์      สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

### 1.1 ปรัชญาและวัตถุประสงค์ของหลักสูตร

#### ปรัชญาของหลักสูตร

สถาบันพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข (2538) เชื่อว่าสถาบันการศึกษาจะต้องมีความรับผิดชอบในการเตรียมพยาบาลที่มีความรู้ ความสามารถ ด้านวิชาชีพ พร้อมทั้งมีคุณธรรม จริยธรรม ในการปฏิบัติการพยาบาลทุกระดับเพื่อสนองความต้องการด้านบริการพยาบาลในสังคมไทยซึ่งเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

มนุษย์จำเป็นจะต้องปรับตัวในด้านชีวิตจิตสังคมต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ โดยใช้กลไกการปรับตัวเพื่อให้เกิดความสมดุลในสภาวะของการมีสุขภาพดีและการเจ็บป่วย การบริการการพยาบาลมุ่งช่วยให้มนุษย์มีสุขภาพดี เพื่อดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความมีสุขภาพดีเป็นสภาวะที่ไม่อยู่นิ่งซึ่งบุคคลสามารถพัฒนาและสนองตามความต้องการพื้นฐานได้ในระดับที่เขาสามารถปฏิบัติกิจกรรมและดำรงชีวิตอยู่ด้วยความพอใจและมีคุณภาพ

การพยาบาลเป็นการบริการที่จำเป็นของสังคมและเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของระบบบริการสาธารณสุข ปฏิบัติการโดยการประยุกต์มโนคติทางวิทยาศาสตร์ ทฤษฎี และหลักการต่างๆ พร้อมทั้งใช้กระบวนการพยาบาลในการให้บริการพยาบาล เพื่อส่งเสริมสุขภาพแก่บุคคลทุกคน เป้าหมายของการพยาบาล คือการช่วยบุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้มีการพัฒนาเพื่อที่จะสามารถพึ่งตนเองได้ มีสุขภาพดี ดำรงชีวิตและมีส่วนร่วมในชุมชนของตนอย่างมีประสิทธิภาพ

การบริการพยาบาลสามารถปฏิบัติได้ในทุกระดับของบริการและในสภาพสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ต่างๆ การพยาบาลจึงต้องอาศัยความสามารถทางสติปัญญา ทักษะทางสังคมและปฏิบัติการทางวิชาชีพโดยใช้ หลักการ ทฤษฎีในศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้องและใช้กระบวนการพยาบาลในการส่งเสริมการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า การเตรียมเพื่อให้พยาบาลมีความสามารถดังกล่าวข้างต้นนั้นบรรยากาศของการเรียนการสอนต้องเอื้ออำนวยต่อการพัฒนา ความคิด การวิเคราะห์ วิจัย การรวบรวมข้อมูล การศึกษาค้นคว้า การตัดสินใจที่รอบคอบและถูกต้อง ทักษะการเป็นผู้นำ และความรับผิดชอบในการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ เพื่อความเจริญก้าวหน้าของตนเองและวิชาชีพ

การเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องเป็นลำดับโดยเกิดจากตัวผู้เรียนเอง และจะเกิดขึ้นได้ง่ายเมื่อผู้เรียนมีประสบการณ์ มีความพร้อมที่จะเรียน และใฝ่รู้ ใฝ่เรียน เมื่อผู้เรียนมี



ประสบการณ์รวมทั้งได้รับการส่งเสริม สนับสนุนจากผู้สอนและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เป็นผู้สำเร็จ การศึกษาที่ประกอบด้วยความรู้ ความสามารถ และเจตคติที่ดี มีคุณธรรมและจริยธรรม เป็นแกนนำในการดำรงชีวิต และการปฏิบัติการพยาบาล มีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อ ส่งเสริมมาตรฐานแห่งวิชาชีพและดำรงตนเป็นพลเมืองดีของสังคม

### วัตถุประสงค์ของหลักสูตร

สถาบันพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข (2538) ได้กำหนดวัตถุประสงค์ของหลักสูตรไว้ ว่า เมื่อสำเร็จการศึกษาตามหลักสูตรแล้ว ผู้ที่สำเร็จการศึกษาสามารถทำหน้าที่ตาม ขอบเขตความรับผิดชอบของวิชาชีพการพยาบาลในการให้บริการทุกระดับของการบริการ สาธารณสุขแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งผู้สำเร็จการศึกษาจะมีความสามารถดังนี้

1. ตระหนักถึงคุณค่าของวิชาชีพการพยาบาลและสิทธิมนุษยชนของบุคคล ครอบครัว และชุมชน
2. ให้บริการพยาบาลโดยใช้แนวคิด หลักการ ทฤษฎีทางการพยาบาล กระบวนการ พยาบาลและศาสตร์สาขาอื่นที่เกี่ยวข้องโดยเน้นศักยภาพการดูแลตนเองของบุคคลในการส่งเสริม สุขภาพ
3. การป้องกัน การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพตามความต้องการและสิ่งแวดล้อม ของแต่ละบุคคล ครอบครัว และชุมชน
4. แสดงความสามารถในการคิดวิจารณ์ญาณ และตัดสินใจ โดยอาศัยหลักการเชิงวิชาการ ทางคลินิกในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน
5. ปฏิบัติงานร่วมกับทีมสุขภาพและบุคลากรหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องในการให้บริการ สาธารณสุขทุกระดับ
6. ริเริ่ม ปรับปรุง แก้ไข ในการบริการและการบริหารจัดการทางการพยาบาลให้ทันต่อ ความก้าวหน้าทางวิทยาการและเทคโนโลยี
7. มีส่วนในการทำวิจัย และหรือนำผลการวิจัยมาใช้ปรับปรุงการพยาบาล
8. มีคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ เป็นหลักในการปฏิบัติการพยาบาล และการดำรงชีวิต
9. สอน บริหาร และนิเทศงานบุคลากรที่อยู่ในความรับผิดชอบ
10. ใฝ่หาความรู้และมีการพัฒนาตนเองและวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ
11. สนับสนุนหลักการประชาธิปไตยและดำรงตนเป็นพลเมืองของสังคม

จากปรัชญาและวัตถุประสงค์ของหลักสูตร พบว่าการที่จะได้พยาบาลที่มีความสามารถใน การสื่อสารขณะปฏิบัติการพยาบาลตามที่ต้องการดังกล่าว การจัดการเรียนการสอนของ รายวิชาต่างๆ เพื่อส่งเสริมความรู้ความสามารถด้านทักษะการสื่อสารให้กับนักศึกษาพยาบาลเป็นเรื่อง



ที่สำคัญ ทำให้พฤติกรรมสื่อสารในขณะการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลเป็นไปอย่างถูกต้องและสามารถตอบสนองของความต้องการของผู้ป่วยอย่างเหมาะสมทั้งเพศและวัย

## 1.2 วิชาที่เกี่ยวข้องการสื่อสารในหลักสูตร

การเรียนการสอนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในปัจจุบันมีการใช้ตามหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2537 โดยจัดการเรียนการสอนให้กับนักศึกษาพยาบาลทั้งในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อเป้าหมายหลักที่ให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลตรงตามความต้องการสำหรับผู้ป่วย ให้นักศึกษาพยาบาลคิดเป็น ทำเป็น และแก้ปัญหา ซึ่งพฤติกรรมในการปฏิบัติการพยาบาลที่แสดงออกเพื่อสื่อให้เห็นถึงความเข้าใจ การเอาใจใส่ และปรารถนาดีต่อผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ยาบาลทุกคนจะพึงปฏิบัติต่อผู้ป่วย

การเรียนการสอนตามหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2537 เป็นการศึกษาในเวลา 4 ปีเต็ม โดยจำนวนหน่วยกิตไม่น้อยกว่า 144 หน่วยกิต ประกอบด้วย 4 หมวดวิชาคือ

1. หมวดวิชาพื้นฐานทั่วไป เป็นวิชาที่ศึกษาทั่วไปครอบคลุมรายวิชาในกลุ่มวิชา สังคมศาสตร์ มนุษย์ศาสตร์ ภาษา วิทยาศาสตร์และคณิตศาสตร์ ได้แก่ วิชาพลวัตกลุ่มวัฒนธรรมไทย จิตวิทยา สังคมวิทยาและปัญหาสังคม ปรัชญาและศาสนา สุขนตรีศาสตร์ มานุษยวิทยาสุขภาพ การสื่อสารและประชาสัมพันธ์ ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ คณิตศาสตร์ เคมี ฟิสิกส์ พลศึกษา รวม 38 หน่วยกิต

2. หมวดวิชาพื้นฐานวิชาชีพ เป็นวิชาบังคับพื้นฐานเฉพาะรายวิชาที่มีความสัมพันธ์กับวิชาชีพ รวมทั้งเป็นรายวิชาทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ วิชาสรีรวิทยากายวิภาคศาสตร์ จุลชีวและปรสิตวิทยา โภชนศาสตร์ ชีวเคมี เภสัชวิทยา พยาธิสรีรวิทยา สถิติเบื้องต้น และศาสตร์สุขภาพเบื้องต้น รวม 27 หน่วยกิต

3. หมวดวิชาชีพการพยาบาล เป็นวิชาเฉพาะสาขาวิชาชีพด้านการพยาบาลศาสตร์ ได้แก่ วิชาแนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาล สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช การพยาบาลอนามัยชุมชน การพยาบาลผู้ใหญ่ การพยาบาลผู้สูงอายุ การพยาบาลสูติศาสตร์ การพยาบาลเด็ก การบริหารการพยาบาล การพัฒนาการพยาบาล จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล สัมมนาประเด็นและแนวโน้มของวิชาชีพการพยาบาล การวิจัยทางการพยาบาล กฎหมายวิชาชีพการพยาบาล รวม 73 หน่วยกิต

4. หมวดวิชาเลือกเสรี เป็นวิชาอื่นที่ทางสถาบันการศึกษาทำการสอนและจัดขึ้นให้เป็นรายวิชาเลือก ได้แก่ เทคโนโลยีทางการศึกษา ตรรกวิทยา พีชสมุนไพรร การปกครองและการเมืองของไทย การใช้คอมพิวเตอร์ รวม 6 หน่วยกิต

จากการวิเคราะห์รายวิชาต่างๆ ข้างต้นที่ส่งเสริมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก เพื่อเป็นเครื่องมือในการเชื่อมสัมพันธ์ภาพของนักศึกษาพยาบาลกับผู้ป่วยเด็ก พบว่า ไม่มีวิชาที่เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กที่ชัดเจน แต่มีวิชาที่เกี่ยวกับการสื่อสาร ได้แก่ วิชาการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ วิชาที่ส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ได้แก่ วิชาภาษาไทย 1 วิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช 1 และวิชาที่เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก คือ วิชาการพยาบาลเด็ก 1, 2 และ 3

### **วิชาการสื่อสารและการประชาสัมพันธ์**

**จำนวนกิต** 2(2-0-4)

**ลักษณะวิชา** ศึกษาวิชาที่กล่าวถึง ความหมาย ความสำคัญ องค์ประกอบ และกระบวนการของการสื่อสาร การประยุกต์การสื่อสารรูปแบบต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ หลักและวิธีการประชาสัมพันธ์ การพัฒนาคุณภาพการประชาสัมพันธ์ อิทธิพลของวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่มีต่อการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ รวมทั้งการสื่อสารและประชาสัมพันธ์กับวิชาชีพพยาบาล

#### **จุดประสงค์**

1. สามารถอธิบายความหมาย องค์ประกอบ ประเภท ประโยชน์ และหลักการของการสื่อสารและการประชาสัมพันธ์ได้
2. สามารถบอกกระบวนการ โครงสร้าง ปัญหาและอุปสรรครวมทั้งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสื่อสารและการประชาสัมพันธ์ได้
3. สามารถเลือกใช้การสื่อสารและการประชาสัมพันธ์ได้เหมาะสมกับชีวิตประจำวันและการประกอบวิชาชีพ

**เนื้อหาวิชา** ประกอบด้วย ความหมาย ความสำคัญของการสื่อสาร จุดมุ่งหมายของการสื่อสาร ความสำคัญของการสื่อสารต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและวิชาชีพการพยาบาล กระบวนการสื่อสาร ประเภทของการสื่อสารเกณฑ์ที่ใช้จำแนกประเภทของการสื่อสาร ปัญหาและอุปสรรคของการสื่อสารปัจจัยที่มีผลต่อการสื่อสาร การประชาสัมพันธ์กับงานพยาบาลในชุมชน เทคนิคการพูดในชุมชน การสื่อสารและการประชาสัมพันธ์กับวิชาชีพการพยาบาล

**กิจกรรมการเรียนรู้การสอน** บรรยาย กิจกรรมกลุ่ม และรายงาน 1 ชิ้น

**วิชาภาษาไทย 1**

**หน่วยกิต** 2 (2-0-4)

**ลักษณะวิชา** ศึกษาความรู้ของภาษาไทย การพูดแบบต่างๆ การฝึกหัดเพื่อทักษะทางภาษาการรายงานปากเปล่า และวิธีการเขียนรายงาน

**จุดประสงค์** สามารถใช้ภาษาพูดในแบบต่างๆให้เหมาะสมกับบุคคล และโอกาสแสดงอย่างมีเหตุผลทางความคิดและการใช้ภาษา สามารถเขียนรายงานอย่างสั้นๆถูกต้อง และสามารถสรุปความสำคัญของเรื่องราวต่างๆได้

**เนื้อหาวิชา** ความหมาย ชนิดของการใช้ภาษา การพูดและการฟัง หลักการเขียนและการอ่านกิจกรรมการเรียนการสอน บรรยาย ฝึกการพูดประเภทต่างๆ และการฝึกการเขียนรายงาน

**กิจกรรมการเรียนการสอน** บรรยาย ฝึกการพูดประเภทต่างๆ และการฝึกการเขียนรายงาน

### วิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช 1

**หน่วยกิต** 3 (2-0-4)

**ลักษณะวิชา** แนวคิด หลักการและทฤษฎีการพยาบาลจิตเวช บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลจิตเวช มโนคติเกี่ยวกับตนเอง ปัจจัยที่ผลกระทบต่อสุขภาพ การใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัด กระบวนการพยาบาล แนวทางในการช่วยเหลือและการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต ฝึกประสบการณ์ใช้กระบวนการการพยาบาลในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต และการปรับตัว

**วัตถุประสงค์** สร้างและรักษาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลได้ (ที่สอดคล้องกับงานวิจัย)

**เนื้อหาวิชา** สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อการบำบัด (ที่สอดคล้องกับงานวิจัย)

**กิจกรรมการเรียนการสอน** บรรยาย

### วิชาการพยาบาลเด็ก

**การพยาบาลเด็ก 1**

**หน่วยกิต** 3 (2-0-4)

**ลักษณะวิชา** แนวคิดและหลักการพยาบาลเด็ก บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยเด็กแรกเกิดถึงวัยรุ่นตอนต้น บทบาทของครอบครัวต่อสุขภาพเด็ก และการดูแลแหล่งทรัพยากรในชุมชนและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพของเด็กและครอบครัว การประเมินการเจริญเติบโตและพัฒนาการ การส่งเสริมสุขภาพเด็ก กระบวนการพยาบาลในการดูแลที่มีปัญหาสุขภาพและการส่งต่อ ฝึกประสบการณ์การประเมินการเจริญเติบโตและพัฒนาการ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลเด็กที่มีปัญหาสุขภาพและการส่งต่อ

### วัตถุประสงค์

1. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของเด็กและครอบครัว และสามารถให้คำแนะนำแก่ครอบครัว และชุมชนอย่างเหมาะสมกับศักยภาพและสถานการณ์นั้นๆได้ (ที่สอดคล้องกับงานวิจัย)

2. ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพทั้งเด็กปกติและเด็กที่มีปัญหาสุขภาพ (ที่สอดคล้องกับงานวิจัย)

**เนื้อหาวิชา** พัฒนาการเด็ก การดูแลผู้ป่วยเด็ก (ที่สอดคล้องกับงานวิจัย)

**กิจกรรมการเรียนการสอน** บรรยาย และ case ประสพการณ์ในการดูแลเด็กที่มีปัญหาสุขภาพไม่ซับซ้อน

### การพยาบาลเด็ก 2

**หน่วยกิต** 2 (2-0-0)

**ลักษณะวิชา** กระบวนการพยาบาลในการดูแลเด็กแรกเกิดจนถึงวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะเสี่ยง การเจริญเติบโตและพัฒนาการที่ผิดปกติ ความพิการ ปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน ในระยะเจ็บป่วย ระยะวิกฤต ระยะเรื้อรังและระยะสุดท้าย

### วัตถุประสงค์

1. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อเด็กที่มีภาวะเสี่ยง การเจริญเติบโตและพัฒนาการผิดปกติ ความพิการและปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนในทุกระยะของการเจ็บป่วย และให้คำแนะนำแก่ครอบครัว และชุมชนอย่างเหมาะสมกับศักยภาพและสถานการณ์นั้นๆได้ (ที่สอดคล้องกับงานวิจัย)

2. ใช้กระบวนการพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพแก่เด็กที่มีภาวะเสี่ยง การเจริญเติบโตและพัฒนาการผิดปกติ ความพิการและปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนในทุกระยะของการเจ็บป่วย (ที่สอดคล้องกับงานวิจัย)

**เนื้อหาวิชา** การดูแลเด็กที่มีภาวะเสี่ยง การเจริญเติบโตและพัฒนาการผิดปกติ ความพิการและปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนในทุกระยะของการเจ็บป่วย (ที่สอดคล้องกับงานวิจัย)

**กิจกรรมการเรียนการสอน** บรรยาย

### การพยาบาลเด็ก 3

**หน่วยกิต** 2(0-0-8)

**ลักษณะวิชา** ฝึกประสบการณ์ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลเด็กแรกเกิดถึงวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะเสี่ยง การเจริญเติบโตและพัฒนาการผิดปกติ ความพิการและปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนในระยะเจ็บป่วย ระยะวิกฤต ระยะเรื้อรังและระยะสุดท้าย

## จุดประสงค์

1. ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลเด็กแรกเกิดถึงวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะเสี่ยง การเจริญเติบโตและพัฒนาการผิดปกติ ความพิการและปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนในระยะเฉียบพลัน ระยะวิกฤต ระยะเรื้อรังและระยะสุดท้าย (ที่สอดคล้องกับงานวิจัย)
2. ให้คำแนะนำแก่ครอบครัวและชุมชนของเด็กที่มีภาวะเสี่ยง การเจริญเติบโตและพัฒนาการผิดปกติ ความพิการและปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและฟื้นฟูสภาพเพื่อให้ดำรงชีวิตในสังคมได้ (ที่สอดคล้องกับงานวิจัย)
3. ใช้วิธีการติดต่อประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพและเสนอข้อมูลกับผู้ร่วมงานได้ (ที่สอดคล้องกับงานวิจัย)

**เนื้อหาวิชา** การปฏิบัติการดูแลเด็กที่มีภาวะเสี่ยง การเจริญเติบโตและพัฒนาการผิดปกติ ความพิการและปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนในทุกระยะของการเจ็บป่วย (ที่สอดคล้องกับงานวิจัย)

**กิจกรรมการเรียนรู้การสอน** การประชุมปรึกษาหารือ และ case ประสพการณ์ในการดูแลเด็กที่มีภาวะเสี่ยง การเจริญเติบโตและพัฒนาการผิดปกติ ความพิการและปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนในทุกระยะของการเจ็บป่วย

จะพบว่าลักษณะวิชาการสื่อสารและการประชาสัมพันธ์ วิชาภาษาไทย 1 และวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช1 จะมีรายละเอียดการสื่อสารทั่วไปของนักศึกษาพยาบาลที่ควรทราบ สำหรับการสื่อสารที่เฉพาะกับผู้ป่วยจะเห็นว่ามียละเอียดที่น้อย ทั้งวิธีการสอนส่วนใหญ่เน้นการบรรยาย ทำให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ในเนื้อหาเพียงทฤษฎี แต่ขาดทักษะการปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย และเมื่อพิจารณาวิชาการพยาบาลเด็ก 1, 2 และ 3 การสื่อสารนั้นจะเน้นที่ครอบครัวและชุมชนของเด็ก ทำให้ผู้วิจัยสนใจการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กซึ่งมีวุฒิภาวะและพัฒนาการที่จำกัด รวมทั้งความสามารถในการสื่อสารเพื่อขอความช่วยเหลือก็มีขีดจำกัดตามไปด้วย ผู้วิจัยในฐานะเป็นอาจารย์พยาบาลจึงสนใจที่จะศึกษาการสื่อสารของนักศึกษาพยาบาลที่แสดงออกทางพฤติกรรมอย่างเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้การสอนในวิชาการพยาบาลเด็กต่อไป

## 2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการสื่อสาร

### 2.1 ความหมาย ทฤษฎี และประเภทของการสื่อสาร

#### 2.1.1 ความหมายของการสื่อสาร

คำว่า การสื่อสาร (Communication) เป็นคำที่มาจากรากศัพท์ภาษาละตินว่า Communis แปลเป็นภาษาอังกฤษว่า Commom ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยว่า ร่วมกัน ดังนั้นการสื่อสารจึงเพื่อให้เกิดความคิดหรือรู้ร่วมกันอันทำให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน (เสาวณีย์ ลีชาบัตินิต,



2530:2) เมื่อได้ศึกษาจากพจนานุกรม เช่น ในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ได้ให้ความหมายของการสื่อสารว่า “นำหนังสือหรือข้อความของฝ่ายหนึ่งส่งไปให้อีกฝ่ายหนึ่ง” และพจนานุกรมภาษาอังกฤษฉบับเวบสเตอร์ (Webster's Ninth New Collegiate Dictionary. 1988 : 266 ) ได้ให้ความหมายของการสื่อสารไว้ว่า “กระบวนการการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบุคคล โดยผ่านสัญลักษณ์ เครื่องหมาย หรือ พฤติกรรม” นอกจากนี้ยังมีนักวิชาการหลายท่านที่ให้ความหมายของการสื่อสารไว้ดังนี้

Berlo (1960 : 66 ) กล่าวว่า การสื่อสาร เป็นกระบวนการในการรับและส่งข่าวสารอย่างต่อเนื่อง โดยไม่จุดเริ่มและจุดสิ้นสุด

Pearson and Nelson (1997 :6) กล่าวว่า การสื่อสารเป็นกระบวนการที่ให้เกิดความเข้าใจในการรับรู้ สื่อความหมาย และสรุปใจความสำคัญ ด้วยการแสดงออกของพฤติกรรมทางวัจนภาษาและอวัจนภาษาของบุคคล

สวณิต ยมาภัย (2526 : 12) ได้ให้ความหมายของการสื่อสารว่า คือ การติดต่อกันระหว่างมนุษย์ เพื่อให้รับรู้เรื่องราวอันมีความหมายร่วมกันและเกิดการตอบสนองและเกิดการตอบสนองต่อกัน

รัชนี ศุภจินทร์รัตน์ (2531: 12) ได้ให้ความหมายของการสื่อสารว่า เป็นกระบวนการของมนุษย์ในการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิด ความต้องการ ความคิดเห็นและอารมณ์ระหว่างกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันตามเนื้อหาที่ต้องการสื่อ

วิเชียร ทวีลาภ (2534 : 24) กล่าวถึงการสื่อสาร เป็นการกระทำใดๆก็ตามที่ผู้หนึ่งจะทำให้ผู้อื่นเกิดความเข้าใจอย่างเดียวกัน โดยมีวิธีการพูดเขียน หรือแสดงออกด้วยกิริยาท่าทาง ซึ่งเป็นวิธีการสื่อสารภาษานั้นเอง

พิชชุดา วิรัชพินทุ (2534 : 10) ได้กล่าวถึงการสื่อสารว่า มีลักษณะเป็นกระบวนการ (Process) มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ( Ever Changing) ดำเนินต่อไปตลอดเวลา (On Going) และอย่างต่อเนื่อง (Continuous)

บุญศรี ปราบณศักดิ์และศิริพร จริวัฒน์กุล (2536 : 19) กล่าวว่า การสื่อสาร หมายถึงกระบวนการแลกเปลี่ยนและร่วมกันรับรู้เรื่องราวข่าวสารต่างๆ โดยมีความเข้าใจร่วมกันต่อสัญลักษณ์ที่แสดงเรื่องราวของข่าวสารนั้นๆ



วรวรรณ กวินทรานุกวัฒน์ (2538 : 13) ได้ให้ความหมายของการสื่อสารว่า เป็นกระบวนการของการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนข่าวสาร ทักษะคิด ความรู้สึกนึกคิดจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน ส่งผลให้เกิดความร่วมมือกันอย่างมีความสุขโดยอาศัยทั้งภาษาถ้อยคำและภาษาท่าทางในการติดต่อสื่อสาร

วิลเลียม วิมุกตายน (2540 : 28) ให้ความหมายการสื่อสารว่า เป็นกระบวนการส่งรับเพื่อถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนข่าวสาร ข้อมูล ความรู้สึกนึกคิด จากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่งหรือหลายคน เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน ยังผลให้เกิดความร่วมมือ ความตกลงกันโดยอาศัยในการพูดหรือเขียน

จากความหมายของการสื่อสารดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า การสื่อสาร หมายถึง กระบวนการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนข่าวสาร ข้อมูล ความรู้สึกนึกคิดอย่างต่อเนื่องโดยอาศัยภาษาถ้อยคำและภาษาท่าทาง จากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันและเกิดความร่วมมือต่อกัน

### 2.1.2 ทฤษฎีการสื่อสาร

นักทฤษฎีทางนิเทศศาสตร์หลายท่านได้อธิบายทฤษฎีการสื่อสารไว้ในรูปแบบจำลองดังต่อไปนี้

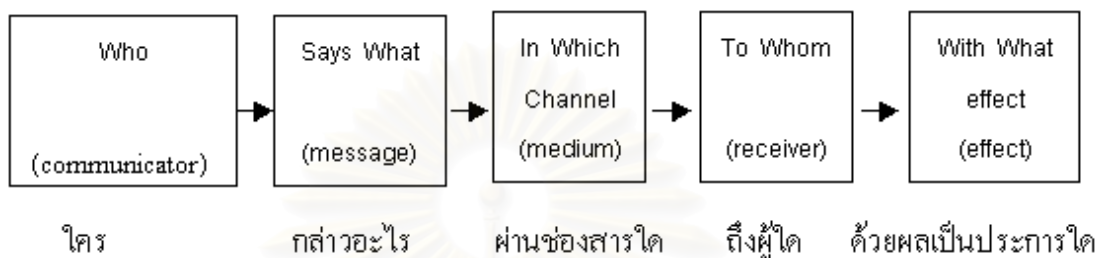
แบบจำลองการสื่อสารของ Aristotelian ( 384 – 322 ปีก่อนคริสตกาล อ้างถึงใน ประมะ สตะเวทิน, 2538 : 45) เป็นแบบจำลองกระบวนการพูดที่ชักจูง โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญคือ ผู้พูด (Speaker) คำพูด (Speech) และผู้ฟัง (Audience) ซึ่งสามารถเขียนแบบจำลองได้ดังนี้



แผนภาพที่ 1 แบบจำลองของ Aristotelian

(ที่มา : ประมะ สตะเวทิน, 2538 : 45)

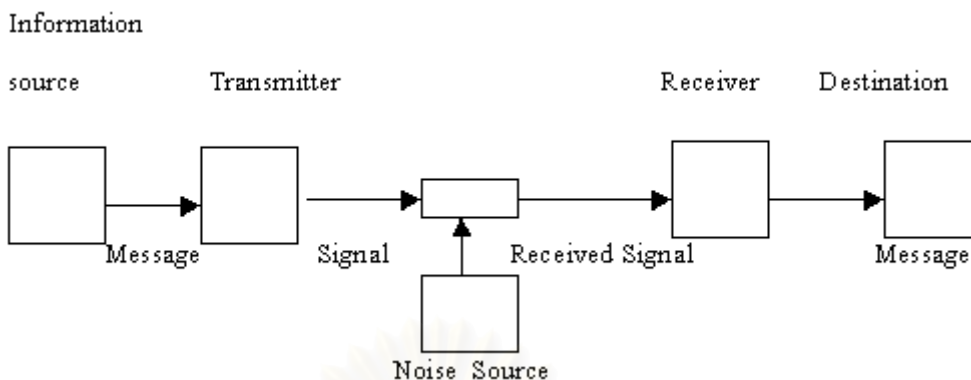
**แบบจำลองการสื่อสารของ Lasswell (1948** อ้างถึงใน ธนวดี บุญลือ, 2531: 49) ได้มีการอธิบายกระบวนการสื่อสารเชิงพฤติกรรม (The Behavior School of Thought) ว่า การกระทำการสื่อสารคือการตอบคำถามต่างๆดังต่อไปนี้ ใคร ( ผู้กำหนดและควบคุมเนื้อหา) พูดอะไร ( เรื่องเนื้อหาที่จะส่ง)ผ่านช่องทางไหน ( ตัวกลางหรือสื่อที่ข่าวสารถูกส่งผ่านไปยังผู้รับ) ถึงใคร (ผู้รับสาร)และเกิดผลอย่างไร (สิ่งที่เกิดขึ้นอันเป็นผลมาจากการสื่อสาร) ดังแบบจำลองนี้



**แผนภาพที่ 2 แบบจำลองของ Lasswell**  
(ที่มา : ธนวดี บุญลือ, 2531: 49)

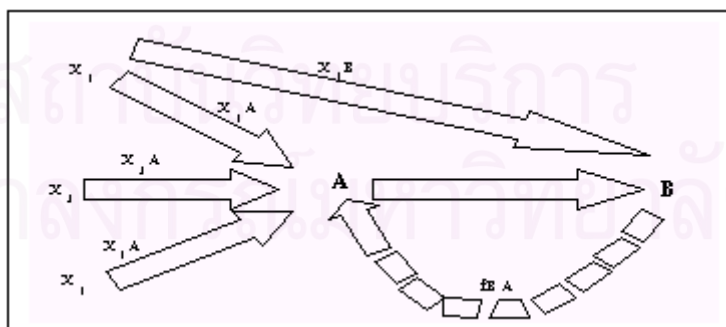
**แบบจำลองของ Shannon and Weaver ( 1949** อ้างถึงใน บุญศรี ปราบณ ศักดิ์ และ ศิริพร จิรวัดณ์, 2536: 25) เป็นแบบจำลองที่กล่าวถึงกระบวนการสื่อสารที่เกิดขึ้นโดย แหล่งสาร (information source) ส่งสาร ( message) ไปยังเครื่องส่ง (transmitter) เครื่องส่งสารจะแปลงสารนั้นให้เป็นสัญญาณ (signal) ส่งไปยังเครื่องรับ (receiver) ซึ่งจะรับสัญญาณมาแปลงกลับเป็นสารส่งให้ผู้รับ (destination) โดยการรับสัญญาณมาแปลงกลับเป็นสารส่งให้ผู้รับจะพบว่ามี สิ่งรบกวนหรือทำลายประสิทธิภาพของการสื่อสาร (noise source) ซึ่งจำแนกได้ 2 ประเภทคือ สิ่งรบกวนทางกายภาพ (physical noise) ได้แก่ สิ่งรบกวนที่เกิดจากภายนอกตัวบุคคล เช่น ครู กำลังบรรยายมีเสียงลมพัดบานประตูกระแทกดังปัง เป็นต้น และสิ่งรบกวนทางใจ (psychological noise) ได้แก่ สิ่งรบกวนที่เกิดจากความคิด สภาพจิตใจ และอารมณ์ของผู้สื่อสารเอง ดังแบบจำลองนี้

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



แผนภาพที่ 3 แบบจำลองของ Shannon and Weaver  
(ที่มา : บุญศรี ปรารบณศักดิ์ และ ศิริพร จีวัฒน์, 2536: 25)

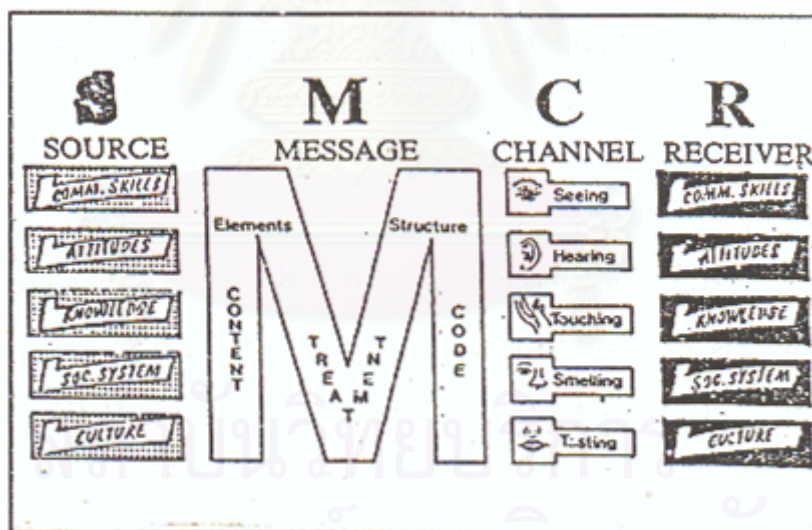
แบบจำลองของ Westley and Mac Lean (1957 อ้างถึงใน สวินิต ยมาภัย และ ระวีวรรณ ประกอบผล, 2528 : 50 – 59) เป็นการสร้างแบบจำลองการสื่อสารที่อธิบายทั้งการสื่อสารระหว่างบุคคลแบบเผชิญหน้า (Face to Face Communication) และการสื่อสารมวลชน ในที่นี้จะนำเสนอเฉพาะการสื่อสารระหว่างบุคคลแบบเผชิญหน้า ซึ่งพบว่าทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสารสามารถที่จะรับรู้ สัมผัสความรู้สึกของกันและกันทั้งได้ยินเสียง (hearing) ได้เห็น (seeing) ตลอดจนได้สัมผัส รวมทั้งสามารถที่จะได้รับการสื่อสารกลับทันทีทันใด (immediate feedback) โดยองค์ประกอบในกระบวนการสื่อสารของ เวสเลย์และแมค ลีน ประกอบด้วย สิ่งของและเหตุการณ์ (objects and events) สาร (message) ผู้ส่งสาร (source) ผู้รับสาร (receiver) และการสื่อสารกลับ (feedback) ดังแบบจำลองของการสื่อสารระหว่างบุคคลแบบเผชิญหน้า



แผนภาพที่ 4 แบบจำลองของ Westley and Mac Lean  
(ที่มา : สวินิต ยมาภัย และ ระวีวรรณ ประกอบผล, 2528 : 52)

จากแผนภาพ ผู้ส่งสาร (A) ได้พบเห็นสิ่งของหรือเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง ( $X_1$ ) โดยสิ่งของและเหตุการณ์ทั้งหลายที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมของตน ( $X_1, X_2, X_3$ ) และเมื่อผู้ส่งสาร (A) ต้องการบอกเหตุการณ์นั้น ( $X_1$ ) จึงสร้างและส่งสารนั้น ( $X'$ ) ไปยังผู้รับสาร (B) เมื่อผู้รับสาร (B) ทราบและมีความรู้สึกนึกคิดอย่างไร ก็สื่อสารกลับ (fBA) ไปยังผู้ส่งสาร (A)

**แบบจำลองของ Berlo ( 1960 : 30 - 72)** เป็นแบบจำลองที่เบอร์โลเรียกว่า S-M-C-R Model ( S = Source, M = Message, C = Channel, R = Receiver) โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ 6 ประการคือ ผู้ส่งสาร (communication source) ผู้เข้ารหัส(encoder) สาร (message) สื่อ(channel) ผู้ถอดรหัส(decoder) และผู้รับสาร(communication receiver) ในกรณีการสื่อสารระหว่างบุคคล เบอร์โลได้เห็นว่าผู้ที่ทำหน้าที่ส่งสารและผู้ที่ทำหน้าที่เข้ารหัสสามารถเป็นคนๆเดียวกันได้ จึงรวมเป็น “ผู้ส่งสาร” ในทำนองเดียวกันผู้ที่ทำหน้าที่ถอดรหัสและผู้ทำหน้าที่รับสารก็เป็นคนๆเดียวกันได้ เช่นกัน รวมเป็น “ผู้รับสาร” ฉะนั้นองค์ประกอบในกระบวนการสื่อสารตามแนวคิดของเบอร์โลจึงมีเพียง 4 องค์ประกอบ คือ ผู้ส่งสาร สาร สื่อ และผู้รับสาร ดังแบบจำลองต่อไปนี้



แผนภาพที่ 5 แบบจำลองของ Berlo

(ที่มา :Berlo,1960:40)

นอกจากนี้เบอร์โลได้อธิบายปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลของการสื่อสารจากตัวผู้ส่งสาร และผู้รับสาร ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร (Communication Skill) ทักษะคติ (Attitude) ความรู้ (Knowledge) สถานภาพในสังคมและวัฒนธรรม (Position With A Social-Cultural System) ซึ่งในตัวสารก็มีปัจจัยที่มีผลกระทบบได้แก่ เนื้อสาร รหัสสาร และการจัดสาร อันเป็นหน่วยย่อย และโครงสร้างในการนำเสนอ และช่องทางที่เปิดรับความรู้ดีก็มีด้วยกัน 5 ทางคือ การดู การฟัง การสัมผัส การได้กลิ่น และการลิ้มรส

### 2.1.3 ประเภทการสื่อสาร

สามารถจำแนกประเภทการสื่อสารด้วยเกณฑ์ต่างๆดังนี้

#### 2.1.3.1 การจำแนกตามจำนวนผู้ทำการสื่อสาร

2.1.3.1.1 การสื่อสารภายในตัวบุคคล (Intrapersonal Communication) เป็นการสื่อสารด้วยตัวบุคคลเดียว โดยระบบประสาทส่วนกลางจะทำหน้าที่ส่งสารและรับสาร เช่น การพูดกับตัวเอง การคิดการร้องเพลงฟังเอง เป็นต้น

2.1.3.1.2 การสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal Communication) เป็นการสื่อสารระหว่างบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ในลักษณะบุคคลต่อบุคคล เป็นการสื่อสารกันโดยตรงแบบเผชิญหน้า ทุกคนทำหน้าที่ทั้งผู้ส่งและผู้รับสาร สารจะถูกส่งในรูปของวจนภาษา และอวจนภาษา

2.1.3.1.3 การสื่อสารกลุ่มใหญ่ (Large Group Communication) เป็นการสื่อสารระหว่างคนจำนวนมากซึ่งอยู่ในที่เดียวกัน เช่น ห้องประชุม การกล่าวปราศรัย เป็นต้น

2.1.3.1.4 การสื่อสารในองค์กร (Organizational Communication) เป็นการสื่อสารระหว่างสมาชิกภายในองค์กรเพื่อการปฏิบัติภารกิจขององค์กรในบรรลุเป้าหมายเดียวกัน ซึ่งสายการสื่อสารจะมีทั้งระหว่างผู้ปฏิบัติงานระดับเดียวกันและต่างระดับกัน

2.1.3.1.5 การสื่อสารมวลชน (Mass Communication) เป็นการสื่อสารไปยังประชาชนจำนวนมากๆ ที่อยู่กระจัดกระจายห่างไกลกัน ในเวลาเดียวกัน โดยผู้ส่งและผู้รับสารไม่จำเป็นต้องรู้จักกัน ซึ่งสื่อมวลชน ได้แก่ หนังสือพิมพ์ วิทยุกระจายเสียง โทรทัศน์ ภาพยนตร์ เป็นต้น

#### 2.1.3.2. การจำแนกตามการเห็นหน้าค่าตากัน

2.1.3.2.1 การสื่อสารแบบเผชิญหน้า (Face to Face Communication) คือ การที่คู่สื่อสารได้พบปะเห็นหน้าสามารถแสดงหรือสังเกตกิริยาท่าทางของกันและกันได้ เช่น การ



พูดคุยกันต่อหน้า การประชุมย่อย การเรียนในชั้นเรียน การสื่อสารของพยาบาลกับผู้ป่วยในหอผู้ป่วย เป็นต้น

#### 2.1.3.2.2 การสื่อสารแบบไม่เห็นหน้าค่าตากัน (Interposed Communication)

คือ การที่สื่อสารไม่ได้พบเห็นหน้าตากัน ไม่สามารถสังเกตกิริยาท่าทางของฝ่ายตรงข้ามได้ ซึ่งการสื่อสารนี้จะใช้สื่อช่วย เช่น การเขียนจดหมายถึงกัน การพูดโทรศัพท์ และการสื่อมวลชนอื่นๆ

#### 2.1.3.3. การจำแนกตามความแตกต่างระหว่างผู้ส่งสารกับผู้รับสาร

2.1.3.3.1 การสื่อสารระหว่างเชื้อชาติ (Interacial Communication) เป็นการสื่อสารระหว่างผู้ที่มีเชื้อชาติต่างกัน ซึ่งถือว่าการสื่อสารที่มีความยุ่งยากเพราะมีความแตกต่างกันทั้งภาษา ความคิด ความเป็นอยู่ และประเพณี

2.1.3.3.2 การสื่อสารระหว่างวัฒนธรรม (Cross-cultural or Intercultural Communication) เป็นการสื่อสารระหว่างผู้ที่มีวัฒนธรรมต่างกัน แม้จะเป็นชาติเดียวกันก็อาจต่างกันทางวัฒนธรรมได้

2.1.3.3.3 การสื่อสารระหว่างประเทศ (International Communication) เป็นการสื่อสารระดับชาติของคนที่อยู่คนละประเทศ จะมีลักษณะที่เป็นทางการมากกว่าการสื่อสารระหว่างวัฒนธรรม ผู้ที่ทำการสื่อสารมักจะเป็นบทบาทเป็นผู้แทนของประเทศ เช่น นักการทูต ตัวแทนรัฐบาล เป็นต้น

#### 2.1.3.4. การจำแนกตามลักษณะทางวิชาการ สามารถจำแนกเป็นลักษณะ

เนื้อหาวิชาการจัดการเรียนการสอนได้แก่ ระบบข่าวสาร (Information System) สารสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal Communication) การสื่อสารมวลชน (Mass Communication) การสื่อสารในองค์กร (Organization Communication) การสื่อสารระหว่างวัฒนธรรม (Intercultural Communication) การสื่อสารการเมือง (Political Communication) การสื่อสารการสอน (Instructional Communication) การสื่อสารสาธารณสุข (Health Communication) การสื่อสารงานพัฒนา (Development Communication) เป็นต้น

#### 2.1.3.5 การจำแนกตามภาษาที่ใช้

2.1.3.5.1 การสื่อสารเชิงวัจนะ (Verbal Communication) เป็นการสื่อสารที่ผู้สื่อสารอาศัยถ้อยคำภาษา อาจจะเป็นภาษาพูดหรือภาษาเขียนก็ได้ ซึ่งภาษาที่แสดงออกเรียกว่า วัจนภาษา ส่วนเนื้อหาสาระที่แสดงออกเรียกว่า วัจนสาร

2.1.3.5.2 การสื่อสารเชิงอวัจนะ (Nonverbal Communication) เป็นการสื่อสารที่ส่งออกมาโดยไม่ต้องใช้ถ้อยคำภาษา แต่ใช้อากัปกริยา สีหน้า ท่าทาง หรือสัญลักษณ์อื่นๆ ซึ่งภาษาที่แสดงออกเรียกว่า อวัจนภาษา ส่วนเนื้อหาที่แสดงออกมาเรียกว่า อวัจนสาร

Ruesch and Kees (1956 อ้างถึงใน ปิยนันท์ แสนสุข, 2539: 45-46) ได้แบ่งอวัจนภาษาเป็น 3 ประการคือ

1. สัญลักษณ์ (Sige) หมายถึง การแสดงออกของภาษาด้วยสัญลักษณ์ เช่น ภาษามือ การแสดงออกทางสีหน้า สามารถรับรู้ได้ด้วยการมองเห็น
2. กิริยา (Action) หมายถึง การแสดงออกของภาษาด้วยการเคลื่อนไหวของร่างกายที่ไม่ใช่ลักษณะเฉพาะ รับรู้ได้ด้วยการมองเห็น การได้ยิน การสัมผัส
3. วัตถุ (Object) หมายถึง การแสดงออกของภาษาด้วยสิ่งของหรือวัตถุ และรวมไปถึงสิ่งที่จับต้องได้และไม่ได้ รับรู้ได้ด้วยการมองเห็น การได้ยิน การสัมผัส การได้รับกลิ่น และได้รับรส

Adler and Rodman (1991:128-144) ได้แบ่งการสื่อสารเชิงอวัจนภาษาสามารถจำแนกตามลักษณะที่แสดง ออกของร่างกาย 7 ลักษณะ ได้แก่

1. กิริยาท่าทางและการแสดงออก (Posture and Gesture) เป็นการแสดงออกของการเคลื่อนไหว เช่น การเดิน สั้นศรีษะ กระโดด การยกแขนขา เป็นต้น
2. การแสดงออกทางใบหน้าและสายตา (Face and Eye) เป็นการแสดงออกของสีหน้า เช่น การโกรธ เศร้า ดีใจ และการแสดงออกของสีหน้าของแววตา ที่สื่อถึงความรู้สึกของบุคคล เช่น การมองเป็นครั้งคราว การสบสายตา เป็นต้น
3. น้ำเสียง (Voice) เป็นการแสดงออกที่เกิดขึ้นพร้อมๆกับการพูด เช่น ระดับและจังหวะของเสียง การเล่นเสียงให้สั้นหรือยาว การใช้เสียงสูงต่ำ เป็นต้น
4. การสัมผัส (Touch) เป็นการแสดงออกของความรู้สึกต่อการสัมผัส เช่น การลูบ การแตะต้อง เป็นต้น
5. เสื้อผ้า (Clothing) เป็นการแสดงออกทางเสื้อผ้าที่แสดงถึงระดับฐานะ การศึกษาค่านิยม ตำแหน่งทางสังคม หรือลักษณะของการมีคุณธรรม ด้วยการแสดงออกทางรูปแบบ ขนาด คุณสมบัติของผ้า
6. ระยะห่าง (Distance) เป็นการแสดงออกทางระยะความห่างของร่างกายที่สื่อถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ว่าเมื่อยิ่งใกล้ชิดเท่าไรแสดงถึงความสนิทสนมมาเท่านั้น
7. เวลา (Time) เป็นการแสดงออกถึงลำดับเหตุการณ์ความสำคัญ เช่น จำนวนเวลา เวลาก่อนหลัง เป็นต้น

8. อาณาเขต (Territoriality) เป็นการแสดงออกของระยะบุคคลที่ใช้พื้นที่ทางภูมิศาสตร์ เช่น ลักษณะห้อง บ้าน เพื่อนบ้าน ชุมชน เป็นต้น

9. สิ่งแวดล้อม (Environment) เป็นการแสดงออกของลักษณะรอบตัว ที่นำไปสู่จุดหมายที่ต้องการ เช่น การจัดห้องด้วยสีสรรสวยงาม การจัดแสงเสียงที่เอื้อต่อการทำงาน เป็นต้น

สวณิต ยมาภัย (2526 : 72-84) ได้แบ่งการสื่อสารเชิงอวัจนภาษาสามารถจำแนกตามลักษณะที่แสดง ออกของร่างกาย 7 ลักษณะ ได้แก่

1. อากาษา (Kinesics) หมายถึง การแสดงออกในรูปของการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น สันศรีษะ กางแขนออกกั้น โบกมือ เดินกระแทกเท้า ฯลฯ

2. นัยภาษา (Oculics) หมายถึง การสื่อสารด้วยแววตา ลักษณะดวงตา และลักษณะการมอง การใช้แววตา เช่น การทำตาหวาน ตาขี้ ตาขุ่น ตาเศร้า ฯลฯ การใช้ลักษณะดวงตา เช่น การหรี่ตา การเบิกตาโพลง การใช้การมอง เช่น สบตา จ้องเขม็ง ซายตามอง หลบตา เป็นต้น

3. สัมผัสภาษา (Haptics) หมายถึง การส่งภาษาโดยการสัมผัส ได้แก่ การสะกิด การจับ โอบกอด ทูบตี ผลักไส รวมทั้งความนุ่มนวลหรือรุนแรงในการสัมผัสที่จะเสริมความหมายของภาษาสัมผัสให้ชัดเจนขึ้น

4. วัตถุภาษา (Objects) หมายถึง ภาษาที่แสดงออกโดยการใช้คุณลักษณะต่างๆ ของวัตถุ เช่น ชนิด ขนาด สัน ความสะอาด ความประณีต เป็นต้น

5. เทศภาษา (Proxemics) หมายถึง ภาษาที่แสดงออกโดยอาศัยตำแหน่งแห่งที่ อาณาบริเวณ การจัดระยะใกล้ไกล และสถานที่ เช่น ประธานจะนั่งหัวโต๊ะ การยืนใกล้ชิดบอกถึงความสนิทสนมหรือไว้วางใจ สถานที่ต่างๆ กำหนดบทบาทหรือการแสดงออกของคน เช่น โรงพยาบาลไม่ใช่ที่พักผ่อนหย่อนใจ เป็นต้น

6. กาลภาษา (Chroemics) หมายถึง การแสดงออกโดยอาศัยเวลาหรือการใช้เวลาร่วมกัน หรือการปฏิบัติที่เกี่ยวกับเวลา เช่น การยอมให้เวลาพบในเวลาวิกาลแสดงว่าไว้ใจ การให้เวลาที่จะติดต่อสื่อสารด้วยมากแสดงว่ามีความเอาใจใส่ เป็นต้น

7. ปริภาษา (Vocalics หรือ Paralinguistics) หมายถึง การแสดงออกที่มาพร้อมการใช้ถ้อยคำ เช่น น้ำเสียง การเน้นเสียง ความดังค่อย ความเร็ว สำหรับภาษาเขียน ปริภาษา ได้แก่ การวรรคตอน การย่อหน้า การขีดเส้นใต้ การเลือกอักษร เป็นต้น

## 2.2 การสื่อสารทางการพยาบาล

การสื่อสารเป็นบันไดขั้นแรกของการพัฒนาการทำงานและเป็นส่วนสำคัญที่จะเสริมงานอื่นๆ ให้ประสบความสำเร็จในการให้การบริการที่ประทับใจของผู้ป่วย (อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2540) ดังที่มีข้อความยืนยันไว้ว่า “การสื่อสารเป็นเครื่องมือหนึ่งในการพยาบาล” ซึ่งพบได้จากทฤษฎีการพยาบาลหลายทฤษฎี เช่น ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว (Peplau) ที่เชื่อว่าภาวะสุขภาพสัมพันธ์ใกล้ชิดกับความวิตกกังวล การวิตกกังวลเป็นผลให้เกิดภาวะสุขภาพดี และการลดความวิตกกังวลจะทำให้ดีขึ้นขึ้นกับการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย อันเป็นที่มาของทฤษฎีทางการพยาบาลที่เน้นเรื่องสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยของ Orlando ที่เน้นว่าการสื่อสารเป็นเครื่องมือสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem ก็ได้ระบุว่า การสื่อสารกับบุคคลเป็นเทคโนโลยีทางสังคมและระหว่างบุคคลประการหนึ่ง (อ้างถึงใน บุญศรี ปราภณศักดิ์ และศิริพร จิรวัดณ์กุล, 2536 ; 68-69) เช่นกัน เนื่องจากพยาบาลจำเป็นจะต้องอาศัยการสื่อสารเพื่อการรวบรวมข้อมูล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล ทำให้พยาบาลควรจะต้องตระหนักและวิเคราะห์ห้บทบาทการสื่อสารของตนเองให้เหมาะสม เพื่อเป็นการส่งเสริมการแสดงออกทางการสื่อสารในการปฏิบัติงานของพยาบาลที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยตลอดเวลา

## 2.3 การสื่อสารเพื่อการช่วยเหลือรักษา (Therapeutic Communication)

การพยาบาลมีเป้าหมายในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งหมายถึงว่า การปฏิบัติการพยาบาลนั้น จะต้องทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกถึงคุณค่า พลังความสามารถของตนเอง ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในความรับผิดชอบต่อการหายจากความเจ็บป่วยของตนเอง ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยได้ติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพอนามัย ซึ่งการจะจัดการพยาบาลให้บรรลุเป้าหมายเหล่านี้ได้นั้นจะเห็นว่าขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยทั้งสิ้น (บุญศรี ปราภณศักดิ์ และศิริพร จิรวัดณ์กุล, 2536 ; 72) สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจึงเป็นพื้นฐานที่ช่วยให้พยาบาลได้สังเกต รวบรวมข้อมูลจากพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วย มาวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลเพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม (พวงพิศ ชนะมณี และ คณะ, 2533:90-91) ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยนั้นจะเป็นไปได้นั้น จะต้องอาศัยการสื่อสารเป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้กระบวนการพยาบาลดำเนินไปได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับผู้ผู้ป่วย ในการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยที่จะช่วยเหลือผู้อื่น จะพบว่าเป็นลักษณะของการสื่อสารแบบการเผชิญหน้า (face to face communication) และการสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal Communication) ที่พยาบาลกับผู้ป่วยได้แสดงออกทางพฤติกรรมต่อกัน

การดำเนินสัมพันธภาพเพื่อการช่วยเหลือรักษาที่พยาบาลจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ร่วมมือในการรักษาพยาบาล และได้รับการตอบสนองต่อความต้องการอย่างมีประสิทธิภาพได้ นั้นพยาบาลควรมีคุณลักษณะดังต่อไปนี้เพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพดังกล่าวให้ชัดเจนขึ้น (บุญศรี ปราบณศักดิ์ และ ศิริพร จิรวัดณ์กุล, 2536 : 76-85 ; พิไลรัตน์ ทองอุไร, 2529 : 39-48; Roger, 1976 citde in McQueen , 2000: 723-731; Carson and Arnold ,1996 : 234-245 ) คือ

### 2.3.1 ความเข้าถึงความรู้สึกของบุคคล (Empathy)

Grimes an Burns (1987: 38) ได้กล่าวว่า การเข้าถึงความรู้สึกของบุคคลเป็นการรับรู้ หรือกรอบแห่งการอ้างอิง (frame of reference) ที่เปิดรับความรู้สึกนั้นมาอยู่ในความรู้สึกของ บุคคล โดย Truax and Carkhuff (1967 cited in Sundeen et al,1994 :173) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการไหวต่อความรู้สึกของผู้ช่วยเหลือที่เข้าใจบุคคลและสามารถที่จะสื่อสารด้วยการแสดงออก ของการสื่อได้อย่างเหมาะสมกับความรู้สึกของผู้ที่รับการช่วยเหลือนั้นโดยอาศัยประสบการณ์ใน เข้าใจความรู้สึกของผู้รับช่วยเหลือแต่ไม่ใช่การแบ่งปันความรู้สึก หากแต่เป็นการสื่อสารของบุคคล ที่จะช่วยเหลือจากความรู้สึกนั้นและการทำให้ผู้รับการช่วยเหลือรับรู้ความรู้สึกของตน สอดคล้องกับ บุญศรี ปราบณศักดิ์และศิริพร จิรวัดณ์กุล (2536 : 79-83) ซึ่งได้ให้ความหมายในทางการ พยาบาลไว้ว่า เป็นการที่พยาบาลแสดงให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าพยาบาลเข้าใจผู้ป่วยว่าผู้ป่วยรู้สึกอย่างไร ทำไมจึงรู้สึกเช่นนั้น และการที่พยาบาลจะทำเช่นนั้นได้พยาบาลจะต้องมีความสามารถในการ เข้าถึง “โลก” ของผู้ป่วย ตามความรู้สึกจริงที่ผู้ป่วยมีอยู่ โดยที่พยาบาลจะไม่เอาความรู้สึกส่วนตัว ของพยาบาลไปเกี่ยวข้องด้วย ตรงกับ Taylor, Lillis and LeMone (1989) ที่กล่าวว่า การ เข้าถึงความรู้สึกของผู้ป่วยนั้นจะต้องเป็นความรู้สึกที่มีความเป็นปรนัย (Objective Feeling) คือ ไม่นำความรู้สึกของพยาบาลไปเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจ พยาบาลเป็นเพียงผู้พิจารณาความรู้สึกที่ แท้จริงของผู้ป่วยเท่านั้น

การเข้าถึงความรู้สึกของบุคคลจึงเป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกของผู้รับการช่วยเหลือ หรือผู้ป่วย โดยที่ผู้ช่วยเหลือหรือพยาบาลได้แสดงออกถึงการให้ผู้ป่วยคิดพิจารณาในความรู้สึกนั้น ว่าเกิดขึ้นได้อย่างไร และทำเข้าใจในความรู้สึกนั้นเพื่อรับรู้และยอมรับความรู้สึกดังกล่าว ซึ่งการ แสดงออกของพยาบาลที่มีความเข้าถึงความรู้สึกของผู้ป่วยนั้น สามารถที่จะแสดงออกได้ด้วยการ พูดที่แสดงถึงการรับรู้ เช่น “ ค่ะ ครับ อืมม ” หรือการพูดสะท้อนความรู้สึกของผู้ป่วย เช่น “คุณ รู้สึกว่าไม่มีใครต้องการคุณ..” หรือการแสดงออกของกิริยาท่าทางถึงความเข้าใจ สนใจ เอาใจใส่ และจริงใจต่อผู้รับการช่วยเหลือ เช่น การพยักหน้าว่าเข้าใจสิ่งที่ผู้รับการช่วยเหลือบอกเล่า การสบตา ขณะพูดคุย การมีท่าที่ผ่อนคลาย น้ำเสียงนุ่มนวล อ่อนนุ่ เนื้อหาการพูดสอดคล้องกับท่าที่แสดง เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองดีขึ้นที่มีคนเข้าใจ รู้สึกผ่อนคลาย เป็นอิสระ ไม่มีความหวาดกลัว



หรือปฏิเสธการรักษาพยาบาล ไม่มีความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว และรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น (บุญวดี เพชรรัตน์, 2539: 96-98; บุญศรี ปราบณศักดิ์และศิริพร จิรวัดณ์กุล, 2536 : 84-85)

### 2.3.2 การยอมรับผู้อื่น (Acceptance)

การยอมรับผู้อื่นเป็นความรู้สึกทางบวก ที่แสดงถึงความสนใจ เป็นห่วงและสามารถอดทนต่อผู้ป่วย ด้วยความรู้สึกว่าผู้ป่วยนั้นเป็นบุคคลหนึ่ง มีคุณค่า มีศักดิ์ศรี พยาบาลจะต้องไม่แสดงอาการตกใจหรือไม่เห็นด้วยกับพฤติกรรมของผู้ป่วย และไม่มีความรู้สึกที่จะควบคุมพฤติกรรมเหล่านั้น รวมทั้งจะต้องหลีกเลี่ยงการตัดสินใจเชิงคุณธรรม (บุญวดี เพชรรัตน์, 2539: 96) ซึ่งการแสดงออกถึงการยอมรับผู้ป่วยนั้นมีความสัมพันธ์กับอารมณ์และพฤติกรรมของผู้แสดงออกด้วย เพราะการยอมรับไม่สามารถแสดงออกทางคำพูดอย่างเดียว หากอารมณ์และพฤติกรรมไม่สอดคล้องกับคำพูด ย่อมทำให้ผู้ป่วยขาดความเชื่อถือในพยาบาลที่เข้ามาสร้างสัมพันธภาพด้วยการสื่อสารเพื่อที่จะช่วยเหลือได้ (พิไลรัตน์ ทองอุไร, 2529: 43) ตรงกับ Trojan และ Yonge (1993) กล่าวว่า การแสดงพฤติกรรมและอารมณ์ของพยาบาลที่ไม่สอดคล้องกับคำพูด จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่มั่นใจ และขาดความเชื่อถือในตัวพยาบาล ดังนั้นการแสดงออกว่ายอมรับในความเป็นบุคคลของผู้ป่วยที่พยาบาลควรที่จะแสดงออกทั้งด้วยคำพูด เช่น “ค่ะ, หรือค่ะ” การพูดที่เป็นปฏิริยาโต้ตอบของพยาบาลจากที่คำนึงถึงการยอมรับผู้ป่วยในสถานการณ์นั้น เช่น ผู้ป่วยที่ความสะอาดแผลตามนัดทุกวัน เวลา 08.00 น. แต่มาหลังเวลา 10.00 น. ทุกครั้ง พยาบาลควรพูดว่า “ฉันสังเกตว่าคุณจะมาหลังเวลานัดบ่อยๆ ไม่ทราบว่าเวลานี้จะสะดวกกับคุณหรือเปล่า” การให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย การแนะนำสถานที่ แนะนำตัวเอง เรียกชื่อค่านำหน้าชื่อผู้ป่วยที่สุภาพและเหมาะสม เช่น คุณ... คุณตา..... น้อง..... เป็นต้น และการจดจำเรื่องราวที่เกี่ยวกับผู้ป่วย หรือการแสดงออกด้วยกิริยาท่าทาง เช่น การมองหน้า สบตาผู้ป่วย การมีสีหน้าที่แสดงถึงความเอาใจใส่ การพยักหน้ายอมรับผู้ป่วย เพื่อทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ และพยายามพัฒนาให้เป็นที่ยอมรับของสังคมต่อไป

### 2.3.3 การให้ความสนใจ เอาใจใส่ดูแลผู้ป่วย (Caring)

การดูแลเป็นการสนใจเอาใจใส่ที่จะช่วยเหลือผู้อื่น ซึ่งในทางการพยาบาล Watson (1979 cited in Sundeen et al., 1994: 180) กล่าวว่า การดูแลเป็นพื้นฐานในการปฏิบัติการพยาบาล เนื่องจากการดูแลของพยาบาลเป็นการแสดงออกถึงการจริงใจที่จะเอาใจใส่ช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างแท้จริง โดยพยาบาลจะร่วมรับรู้และเข้าใจในสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วย แล้วปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ซึ่งการที่จะแสดงออกถึงการสนใจ เอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยของพยาบาลสามารถแสดงออกทั้งด้วยการใช้คำพูดและกิริยาท่าทาง เช่น การฟังอย่างตั้งใจเมื่อผู้ป่วยพูด การปฏิบัติการพยาบาลอย่างนุ่มนวล การดูแลอย่างใกล้ชิด ต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นที่ได้รับการดูแลจากพยาบาล (บุญศรี ปราบณศักดิ์และศิริพร จิรวัดณ์กุล , 2536 : 85-86)

### 2.3.4 ความไว้วางใจ (Trust)

ความไว้วางใจเป็นความรู้สึกภายในบุคคลที่เกิดความมั่นใจว่าบุคคลที่จะช่วยเหลือนั้นยอมรับเข้าใจ และสามารถที่จะตอบสนองความต้องการนั้นได้ (Carson and Arnold, 1996 : 244) ซึ่งตามแนวคิดของของ Erikson (cited in Sundeen, 1994 : 171) ความไว้วางใจเป็นพื้นฐานหนึ่งที่น่าไปสู่ความสำเร็จในสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก รวมทั้งเป็นลักษณะแรกในการพัฒนาบุคลิกภาพของบุคคล สำหรับทางการพยาบาล สะพานที่เชื่อมสัมพันธภาพเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยของพยาบาลนั้น ก็คือ ความไว้วางใจ ซึ่งพยาบาลสามารถแสดงออกได้ทั้งทางคำพูดและกิริยาท่าทางที่บ่งบอกถึงความซื่อสัตย์ (Honest) และความสม่ำเสมอ (consistency) ต่อผู้ป่วย ด้วยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นจริง มีการปฏิบัติกรต่าง ๆ ต่อผู้ป่วยเป็นประจำ รักษาสัญญากับผู้ป่วย เป็นต้น (Arnold and Boggs, 1989)

## 3. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก

### 3.1 ความหมายของความรู้

ความรู้ตามพจนานุกรม (Webster Dictionary, 1988: 245) หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และโครงสร้างที่เกิดขึ้นจากการศึกษาหรือค้นคว้า การรับรู้ข้อเท็จจริงเหล่านี้ต้องชัดเจนและต้องอาศัยเวลา

Bloom et al. (1971: 201) กล่าวว่า ความรู้เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงสิ่งเฉพาะ ระลึกถึงวิธีและกระบวนการต่าง ๆ โดยที่วัตถุประสงค์ของความรู้นั้นในเรื่องกระบวนการทางจิตวิทยาของความจำในการเชื่อมโยงระบบใหม่

อรรถัย หุ่นดี (2538 : 29) ได้ให้ความหมาย ความรู้ ว่าหมายถึง ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อเท็จจริงที่ได้จากการศึกษา การค้นคว้า ประสบการณ์หรือการสังเกตหรือหลายอย่างรวมกัน

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 16) ได้กล่าวว่า ความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นต้น ที่ผู้เรียนเพียงแต่จดจำ อาจจะได้จากการนึกคิดได้หรือโดยการมองเห็น ได้ยินก็จำได้ ซึ่งได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง วิธีการแก้ปัญหา มาตรฐาน เป็นต้น

บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธิ (2535 : 7) ได้กล่าวว่า ความรู้หมายถึง การระลึกถึงเรื่องราวต่างๆ ที่เคยมีประสบการณ์มาแล้วได้ และรวมถึงการจำเนื้อเรื่องต่างๆ ทั้งที่ปรากฏอยู่ในแต่ละเนื้อหา และที่เกี่ยวกับเนื้อหานั้นๆ เช่น ระลึกหรือจำได้ถึงวัตถุประสงค์ วิธีการ แบบแผนและเค้าโครงของเรื่องนั้นๆ

จากที่กล่าวมาข้างต้นสรุปว่า ความรู้ หมายถึง ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับข้อเท็จจริงที่ได้จากการเรียนรู้ ศึกษาค้นคว้า ประสบการณ์หรือหลายๆอย่างรวมกัน ซึ่งเชื่อมโยงสู่การแสดงออกของบุคคล

Bloom (1956 อ้างถึงใน อรรถย หุ่นดี, 2538 : 31-32) ได้กล่าวถึงจุดมุ่งหมายในการศึกษาจำแนกเป็น 3 ด้านคือ

### 1. ความรู้ (Cognitive Domain) ได้แก่

1.1 ความจำ ประกอบด้วยความรู้เฉพาะอย่าง ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติ ความรู้ในหลักการต่างๆ

1.2 ความเข้าใจ เป็นความสามารถในการแสดงออก 3 ลักษณะ คือ การแปลความ การตีความ และการขยายความรู้

1.3 การนำไปใช้ เป็นความสามารถในการนำเอาความรู้ ความเข้าใจในเรื่องที่มีอยู่ไปแก้ปัญหา

1.4 การวิเคราะห์ เป็นความสามารถในการแยกแยะเรื่องราวต่างๆ ออกมาเป็นส่วนย่อยๆ บอกความสัมพันธ์ของส่วนย่อยๆได้

1.5 การสังเคราะห์ เป็นการผสมผสานส่วนย่อยเข้าด้วยกัน เพื่อให้กลายเป็นสิ่งใหม่ที่มีลักษณะแปลกไปจากลักษณะเดิม

1.6 การประเมินค่า เป็นการวินิจฉัยคุณค่าสิ่งที่จะนำมาประเมิน

2. ความรู้สึกและอารมณ์ (Affective Domain) ได้แก่ ทักษะ ความคล่องแคล่วในการประสานระหว่างประสาทสัมผัส

3. ความสามารถในการปฏิบัติ (Psychomotor domain) ได้แก่ ความคล่องแคล่ว ทักษะในการใช้อวัยวะ ประสาทสัมผัสกัน

### 3.2 การสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของพยาบาล

การที่จะสื่อสารกับผู้ป่วยที่มารับการรักษาพยาบาลให้เกิดความเข้าใจ ร่วมมือ และปฏิบัติตนอย่างถูกต้องนั้น พยาบาลจะต้องประกอบด้วยความรู้ในเรื่องที่จะสื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ รวมทั้งความสามารถที่จะสื่อให้เข้าใจตรงกัน โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็ก พยาบาลจำเป็นต้องอาศัยทั้งความรู้ของพัฒนาการในเด็ก และวิธีที่จะสื่อสารกับเด็กมากขึ้น (Sundeen et al., 1994 : 135) เพื่อให้พยาบาลนั้นเกิดความรู้ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินค่า ที่จะนำไปใช้ในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กอย่างเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยเด็กในขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

### 3.2.1 พัฒนาการทางภาษาและอารมณ์สังคมของเด็ก

#### 3.2.1.1 พัฒนาการทางภาษา

##### วัยทารก

วัยทารกนับตั้งแต่แรกเกิดจนอายุประมาณ 2 ปี ซึ่ง Piaget เรียกวัยนี้ว่า ขั้นรับรู้และฝึกกลไก (Sensory-motor stage) เป็นวัยที่มีการพัฒนาทางเซอวิปัญญา มีประสาทรับรู้และสัมผัส ทำให้เมื่อทารกมีความต้องการหรือถูกขัดขวางทารกจะใช้การร้องไห้เป็นสื่อที่บอกกับผู้ดูแลหรือใช้เสียงอ้อแอ้ หัวเราะ บอกถึงความพอใจ () รวมทั้งเริ่มมีความคิดรวบยอดในลักษณะกว้าง ๆ ดังที่ พิณฑิพย์ ทวยเจริญ (2539) ได้ทดลองกับเด็กชายไทยวัย 8 เดือน โดยนำถาดผลไม้ซึ่งได้แก่ ลำไย มะนาว ส้ม แล้วให้ลำไยแต่ละที่ลิ้นเด็ก เด็กทำท่าเอร็ดอระอัย แล้วส่งเสียง แอ้ แอ้ แอ้ ซึ่งหมายถึง “อยากได้อีก” จึงได้หยิบมะนาวส่งให้เด็ก เด็กรับและกัด ทำหน้าเบ้ไปและปล่อยมะนาวทิ้ง เด็กมองและชี้นิ้วที่ถาดอีก พร้อมทำเสียง แอ้ แอ้ แอ้ “ขอ” อีกครั้ง ซึ่งเป็นการแสดงว่าเด็กมีความคิดรวบยอด แต่เด็กยังแบ่งแยกไม่ได้ ดังนั้นการสื่อสารของเด็กวัยนี้เพื่อการบอกถึงความต้องการของตนเองและการตอบสนองกับผู้อื่น จะแสดงออกมาทางการเปล่งเสียง (ร้องไห้ หรือ แอ้ แอ้ ) และใช้กิริยาท่าทางประกอบ ( การรับและกัดมะนาว ทำหน้าเบ้ การปล่อยมะนาวมอง และการชี้) เพื่อให้เกิดความชัดเจนมากขึ้น ซึ่งการเปล่งเสียงของเด็กนั้นอาจเกิดจากการเลียนเสียง เช่น เด็กเรียก “ต้า” (ชื่อสุนัข) ให้มาหา เด็กอาจจะออกเสียงว่า “บ๊อบบ๊อ” พร้อมก้มมือหรือเด็กสามารถชี้ หูตา จมูก ปากผม ตามคำสั่ง มีนักจิตวิทยาบางคนเรียกขั้นนี้ว่า One-word sentence หรือ Single sentence stage หรือ Holophrase โดยเรียกระยะนี้ว่า ระยะตาม (เพ็ญจันทร์ สุทธาจารย์ : 2524 ,20)

นอกจากนี้ ศรีเรือน แก้วกังวาล ( 2540 : 229-230) ได้มีการลำดับขั้นของพัฒนาการทางภาษาของเด็กตั้งแต่แรกเกิดถึงอายุประมาณ 6 ปีไว้ดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นปฏิบัติการสะท้อน (Reflexive Vocalization) พบในทารกแรกเกิดถึงอายุ 1 เดือนครึ่ง โดยทารกจะเปล่งเสียงต่างตามความรู้สึก เช่น ชอบ ไม่ชอบ ง่วง หิว เป็นต้น ซึ่งเป็นปฏิบัติการที่เทียบเท่าภาษาหรือสารสื่อความหมายของสัตว์ประเภทต่างๆ ที่ใช้เสียงโดยอัตโนมัติและไม่มีความหมายในขั้นแรก

ขั้นที่ 2 ขั้นเล่นเสียง (Babbling stage) เป็นขั้นที่ทารกอายุต่อจากขั้นที่ 1 ถึงอายุ 8 เดือน ซึ่งอวัยวะในการเปล่งเสียงและฟังของทารกเริ่มพัฒนามากขึ้น ทารกจะได้ยินเสียงผู้อื่นและได้ยินเสียงตนเอง ทำให้ทารกสนุกและสนใจในการเล่นเสียง ที่ตนได้ยิน โดยเฉพาะเสียงของตนเอง แต่เสียงที่ทารกเปล่งออกมาไม่มีความหมายในเชิงภาษา

ขั้นที่ 3 ขั้นเลียนเสียง (Lalling stage) ทารกอยู่ในระยะอายุ 9 เดือน ซึ่งบางครั้งเรียกปฐมภาษา (พิณทิพย์ ทวยเจริญ, 2539) เนื่องจากทารกวัยนี้จะเริ่มสนุกกับการเลียนเสียงผู้อื่นมากขึ้นและการเลียนเสียงตนเองน้อยลง ซึ่งทารกจะจับภาพการเคลื่อนไหวของริมฝีปากของผู้อื่น และเริ่มพูดภาษาแม่ของตนเอง แต่เป็นการเลียนเสียงผู้อื่นที่ยังถูกๆผิดๆและยังไม่เข้าใจความของเสียงที่เปล่งออกมามากนัก

ขั้นที่ 4 ขั้นเลียนเสียงได้ถูกต้อง (Echolalia) เป็นขั้นที่ทารกอายุประมาณ 1 ปี ซึ่งเด็กก็ยังมี การเลียนเสียงผู้อื่นและสามารถเลียนเสียงได้อย่างถูกต้อง แต่เด็กยังไม่รู้ความหมายของเสียงมากนัก

ขั้นที่ 5 ขั้นเห็นความหมายของเสียงที่เด็กเลียน (True speech) เป็นระยะที่ทารกอายุตั้งแต่ 1 ปีเป็นต้นไป ซึ่งเด็กสามารถมีความจำ การใช้เหตุผล การเห็นความสัมพันธ์ของสิ่งของที่เด็กเห็นได้ เช่น เมื่อเปล่งคำว่า “แม่” เด็กก็ทราบว่าเป็น ผู้หญิงที่กำลังอุ้มและดูแลตน โดยระยะแรกเด็กจะพูดเดี่ยวก่อน ต่อมาจึงอยู่ในรูปของวลีและเป็นรูปประโยคต่อไป

### วัยหัดเดิน

เป็นวัยที่นับตั้งแต่อายุ 2 - 3 ปี ซึ่ง Piaget เรียกว่าขั้นเริ่มใช้ความคิดสรุปเชิงรูปธรรม (Pre-conceptual stage) เป็นวัยที่เข้าใจภาษามากขึ้น สามารถพูดโดยใช้ประโยคคำๆเดียว หรือ 2 คำในการแทนความหมายทั้งประโยค เช่น เด็กพูดว่า “ไป” อาจหมายถึงให้ผู้ผู้ไปต่างๆ หรือไปเที่ยวกัน ซึ่งสามารถสังเกตได้จากกิริยาท่าทางของเด็กที่ประกอบการพูด โดยเรียกระยะนี้ว่า ระยะติด หรือ Early sentence stage (เพ็ญจันทร์ สุทธทราจารย์ : 2524 ,20) และวัยนี้มักจะแสดงออกทางพฤติกรรมจากการเลียนแบบ เลียนเสียงพูด เลียนแบบท่าทาง และสามารถออกเสียง หรือแสดงท่าทางนั้นออกมา ดังจะเห็นจากการเล่นบทบาทสมมติ เช่น การเล่นหม้อข้าวหม้อแกง สมมติดินเป็นข้าว สมมติเก้าอี้เป็นรถ เป็นต้น ซึ่งเป็นการที่เด็กเริ่มเห็นบทบาทของสัญลักษณ์ แล้วใช้ภาษาเพื่อการสื่อสารมาสื่อความคิดเกี่ยวกับสัญลักษณ์ ดังกล่าว แต่ก็ยังพบว่าการใช้ภาษาเพื่อการสื่อสารของเด็กยังไม่ถูกต้อง ได้แก่ การใช้ลักษณะนามรวมแทนลักษณะนามย่อย เช่น ทานไก่ 3 ตัว (เด็กหมายถึงไก่ 3 ชิ้น) รวมทั้งยังไม่สามารถให้เหตุผล อย่างสมเหตุสมผล เช่น ฟาร์องเพราะฝนตก ปวดท้องเพราะไม่กินผัก เป็นต้น



## วัยก่อนเรียน

เป็นวัยที่นับตั้งแต่อายุ 3- 5 ปี ลักษณะของวัยนี้มีความอยากรู้อยากเห็น อยากรู้อยากเห็นของตัวเอง อยากรู้อยากเห็นคนอื่น ชอบปฏิบัติ และหัวดี (ศรีเรือน แก้วงามวล, 2538 :231 ) จึงได้สมญาเรียกวัยนี้ว่า “วัยช่างปฏิเสธ” (Negative period) ซึ่ง Piaget เรียกวัยนี้ว่า ขั้นเริ่มใช้ความคิดเชิงรูปธรรมเปรียบเทียบ (Intuitive sub-stage) โดยเด็กจะเริ่มใช้เหตุผลแต่ยังไม่สามารถเปรียบเทียบโดยใช้มโนภาพได้ จะเปรียบเทียบเฉพาะกิจกรรมที่ทำเป็นรูปธรรมเท่านั้น จึงทำให้ไม่สามารถลำดับเหตุการณ์ต่างๆ ด้วยการใช้ภาษาเพื่อบอกเล่าตามลำดับเหตุการณ์ได้ เช่น ไม่สบายเพราะหนูไม่ไปโรงเรียน ผ่าห่มหยาเพราะไม่นอน และสามารถบอกความรู้สึก เช่น ดี เลว ชน สวย ใช้คำวิเศษณ์ เช่น เดียวนี้ พุงนี้ เมื่อวาน เร็ว ช้า คำกริยา เช่น เปิด ปิด ขึ้น ลง และบอกลักษณะได้ เช่น บอกสี จำนวน ขนาด แต่ยังไม่สามารถบอกถึงความคงที่ ลักษณะกลับหรือตรงข้ามได้ เช่น น้ำ 2 แก้วปริมาณ 250 ซีซี. แต่ลักษณะแก้วเป็นทรงเตี้ยและทรงสูง เด็กก็จะบอกว่าน้ำในแก้วทรงสูงมากกว่าน้ำในแก้วทรงเตี้ย เป็นต้น ซึ่งเรียกระยะนี้ว่า ระยะคิดหรือ Short sentence stage (เพ็ญจันทร์ สุนทรอาจารย์, 2524 : 20) นอกจากนี้ยังพบอีกว่าวัยนี้เป็นวัยที่ยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง (Egocentric) ทำให้การพูดคุยก็ใช้ตนเองเป็นหลักด้วย ซึ่งลักษณะการพูดจะเป็นการพูดคำนั้นหรือประโยคนั้นซ้ำหลายๆครั้ง (Repetition) การพูดคุยกับตนเองด้วยเสียงดัง (Monologue) ขณะที่อยู่คนเดียว และการพูดที่พูดถึงตนเองหรือสิ่งที่กำลังกระทำอยู่ในขณะที่มีผู้อื่นอยู่ด้วยโดยไม่ฟังความคิดเห็นของผู้ฟัง (Collective Monologue) (Yamamoto,1972 อ้างถึงใน เพ็ญจันทร์ สุนทรอาจารย์, 2524 : 23)

## วัยเรียน

เป็นวัยที่มีอายุตั้งแต่ 7 – 11 ปี เป็นวัยที่มีพัฒนาการทางสติปัญญาไปอีกขั้นหนึ่ง Piaget เรียกว่า ขั้นเริ่มมีความคิดเป็นเหตุเป็นผล (Concrete operational sub-stage) เด็กจะสามารถบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นกับของจริงที่เกิดขึ้นได้ โดยเริ่มมีความคิดที่เป็นเหตุเป็นผล รู้จักความคงที่หรือการรักษาสภาพ สามารถเข้าใจตัวเลขมากขึ้น และบวกเลขได้ รวมทั้งการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยเริ่มยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น มีการพูดคุยโต้ตอบกับคู่สนทนา ดังนั้นการใช้ภาษาเพื่อการสื่อสารของเด็กวัยนี้จะเป็นการสื่อความเป็นจริงของเหตุการณ์นั้นมากขึ้น บอกเล่าลำดับเหตุการณ์ที่เป็นเหตุเป็นผลขึ้น เช่น หนูไม่สบายเพราะหนูมีเชื้อโรคในร่างกาย หนูมีแผลที่หัวเข่าเพราะหนูเล่นหกล้ม เป็นต้น ซึ่ง เพ็ญจันทร์ สุนทรอาจารย์ (2524 :20) แบ่งพัฒนาการในการพูดของเด็กวัยนี้เป็น 3 ระยะ คือ

1) ระยะคั้น หรือ Complete sentence stage เป็นระยะที่มีอายุระหว่าง 5 - 8 ปี ซึ่งเด็กสามารถค้นคิดคำที่ตนรู้จักมาผูกเป็นประโยคยาวๆ ได้ โดยที่เด็กเองก็เข้าใจในสิ่งที่ตนพูด

ประโยคจะประกอบด้วยคำประมาณ 5 – 6 คำ ลักษณะประโยคถูกต้องตามรูปไวยากรณ์ที่ใช้ อยู่ในชุมชนที่เด็กอาศัยอยู่ คำที่ใช้ในประโยคจะพบคำสรรพนาม บุรพบท สันธาน และคำนำหน้านาม

2) ระยะปน เป็นระยะระหว่างอายุ 6 – 8 ปี ความคิดของเด็กจะขยายออกไป ซึ่งทำให้การพูดของเด็กสับสนบ้างในบางครั้ง

3) ระยะโปร่ง เป็นระยะที่อายุตั้งแต่ 9 ปีเป็นต้นไป ความรู้เกี่ยวกับศัพท์ของเด็กขยายกว้างออกไป ทำให้สามารถคิดและเข้าใจสิ่งต่างๆได้มากขึ้น เด็กเริ่มใช้ภาษาพูดได้อย่างคล่องแคล่ว ประโยคเพิ่มความซับซ้อนและมีความหมายมากขึ้นและกว้างมากขึ้น

### วัยรุ่น

เป็นวัยที่เปลี่ยนแปลงจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่มีอายุตั้งแต่ 12 - 18 ปี ซึ่ง Piaget เรียกว่า ขั้นมีความคิดขั้นแก้ปัญหาคำได้ (Formal operational sub-stage) เด็กวัยนี้มีการเริ่มการพัฒนาความคิดเป็นรูปธรรมชัดเจนมากขึ้น คือ ความคิดแบบใช้ตรรกะจากเงื่อนไข การคิดแบบใช้เหตุผลเชิงสัดส่วน การคิดแบบแยกตัวแปรเพื่อสรุปผล และการคิดแบบสรุปเป็นองค์รวม (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2538: 400) ทำให้สามารถเชื่อมโยงความคิดหนึ่งกับความคิดอีกอย่างหนึ่ง หรือสามารถเชื่อมโยงความคิดของตนเองกับผู้อื่นได้ ดังนั้นการใช้ภาษาเพื่อที่จะสื่อความคิด ความรู้สึกของเด็กวัยนี้จะมีเหตุผล สามารถมีข้อสันนิษฐานได้ ตั้งกฎ และสามารถแก้ปัญหาคำได้

#### 3.2.1.2 พัฒนาการทางอารมณ์สังคม

ผู้วิจัยได้ศึกษาและสรุปอารมณ์สังคมที่พบในเด็กแต่ละวัยต่อไปนี้ (สุกนิตย์ วัฒนธาดา, 2518 ; พัชรี สอนแก้ว, 2536 ; สุชา จันทน์เอม, 2538 ; ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2538 ; ฤกษ์วีร์ คำชาย, 240; สุชา จันทน์เอม, 2541 ) ดังนี้

#### วัยทารก /วัยเดิน

เป็นวัยที่มีสังคมภายในครอบครัวมากที่สุด ซึ่งการปฏิสัมพันธ์ก็จะเป็นลักษณะที่ผู้ใหญ่เข้าเด็ก โดยส่วนใหญ่เป็นมารดาที่คอยดูแล พูดคุยสื่อสารที่แสดงถึงความรักความห่วงใยต่อเด็ก และถือว่าครูคนแรกที่สอนการสื่อสารของเด็ก สำหรับอารมณ์ของเด็กวัยนี้ที่พบบ่อยได้ก็คือ

อารมณ์โกรธ เมื่อเด็กถูกขัดใจหรือไม่พอใจจากผู้ดูแลหรือบิดามารดาที่ไม่ได้ตามใจ ซึ่งเด็กมักจะแสดงออกด้วยการร้องไห้

อารมณ์กลัว เป็นอารมณ์ที่พบบรองจากอารมณ์โกรธ มีสาเหตุมาจากกลัวสิ่งแวดล้อม หรือถูกหลอก/ขู่จากผู้ใหญ่ ซึ่งเด็กจะแสดงออกด้วยการร้องไห้ หนีให้ผู้ใหญ่อุ้ม ไม่ยอมรับประทานอาหาร/นม

อารมณ์อยากรู้ อยากเห็น เป็นอารมณ์ของเด็กที่มีความสงสัย อยากสำรวจ ซึ่งเด็กจะแสดงออกด้วยการจ้องมอง แตะสัมผัส เป็นต้น

อารมณ์รัก เป็นอารมณ์ของความรื่นรมย์ ซึ่งเด็กจะเริ่มรักตนเองก่อนจึงจะรักคนอื่น อารมณ์รักนี้ปฏิกิริยาที่เด็กแสดงต่อบุคคลใด สิ่งหนึ่งสิ่งใด หรือสถานการณ์หนึ่งสถานการณ์ใดด้วยความชื่นชอบ ซึ่งการแสดงออกอย่างเปิดเผย โดยเด็กจะแสดงอารมณ์รักด้วยการกอด จูบ ลูบคลำ ประารณาที่จะอยู่ใกล้ หรือการยิ้ม หัวเราะ เป็นต้น

### วัยก่อนเรียน

เป็นวัยที่เริ่มรู้จักผู้อื่นมากขึ้น ทำให้สังคมของเด็กวัยนี้กว้างมากขึ้นโดยเด็กจะเข้าไปรู้จักผู้ใหญ่และเพื่อนวัยเดียวกันมากขึ้น แต่ด้วยที่เด็กวัยนี้ยังยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง เมื่อมีการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นก็เป็นการพุดคุยที่เกี่ยวกับตนเอง และนอกจากที่เด็กวัยนี้มีเพื่อนที่เป็นบุคคลแล้ว เด็กยังมีเพื่อนสมมุติ (Imaginative Friend) ในการปฏิสัมพันธ์ด้วยการสร้างโลกสมมุติขึ้นมากอีก จึงสามารถพบได้ว่าขณะทำกิจกรรม เด็กอาจพุดคุยคนเดียวได้ สำหรับอารมณ์ที่พบในเด็กวัยนี้คล้ายกับเด็กวัยทารกและวัยหัดเดิน แต่อาจมีการแสดงออกที่เพิ่มจากเด็กวัยดังกล่าว ได้แก่

อารมณ์รัก เป็นอารมณ์แสดงออกและที่พบเช่นเดียวกับวัยทารกและวัยหัดเดิน

อารมณ์โกรธ ก็จะแสดงออกด้วยการร้องกรี๊ด ดิ้นไปมา กลั้นหายใจ หรืออาจจะทุบตีสิ่งของ ทำร้ายผู้อื่น เป็นต้น

อารมณ์กลัว เป็นอารมณ์อย่างหนึ่งที่เด็กรู้สึกไม่ปลอดภัย ซึ่งสาเหตุของความกลัวในเด็กมักจะมาจาก เช่น คนแปลกหน้าหรือสิ่งที่แปลกใหม่ สัตว์ (สุนัข เสือ) ธรรมชาติบางประการ (ฟ้าร้อง ฟ้าผ่า) สิ่งที่น่ากลัวธรรมชาติ (ผี ยักษ์) สถานการณ์บางประการที่มีการลงโทษหรือถูกทิ้งไว้อยู่คนเดียว เป็นต้น นอกจากนี้ที่จะแสดงออกคล้ายเด็กวัยทารกและวัยหัดเดินแล้วยังแสดงออกทางกิริยาท่าทางและคำพุด เช่น วิ่งหนี หลบซ่อน หลีกสถานการณ์ ตัวสั่น หรือตัวแข็งเกร็งหรืออ่อนปวกเปียกทั้งตัว ร้องออกเป็นคำพุด ( ไม่เอา.. ไม่ไป... อย่า...) เป็นต้น

ความอยากรู้ อยากเห็น เด็กวัยนี้เป็นวัยที่เริ่มใช้เหตุผล มีความสงสัยและมักจะจ้องมอง ลูบคลำเช่นเด็กวัยทารกและวัยหัดเดินแล้ว ยังชอบตั้งคำถาม “ทำไม อะไร ของใคร” รวมทั้งถามถึงสิ่งที่เป็นนามธรรม เช่น ความตาย การเกิด เป็นต้น จึงได้เรียกเด็กวัยนี้ว่า วัยช่างซัก ( Questioning Age)

อารมณ์อิจฉาริษยา เป็นอารมณ์อย่างหนึ่งที่เด็กวัยนี้รู้สึกขาดความปลอดภัย หรือกำลังจะสูญเสียสิ่งที่เป็นของตนเองให้กับผู้อื่น ส่วนมากจะเป็นผู้ที่เด็กรักใกล้ชิดโดยเฉพาะพ่อแม่ เช่น พ่อแม่ให้ความสนใจกับน้องใหม่ ซึ่งเด็กจะแสดงออกจากการตีน้อง รังแกน้อง เป็นต้น โดยจะแสดงออก

คล้ายกับอารมณ์โกรธแต่ก้าวร้าวกว่า หรือบางครั้งจะแสดงพฤติกรรมที่ถอดถอย เช่น ปัสสาวะรดที่นอน ร้องไห้แง เป็นต้น

อารมณ์แห่งความอิสระ/ อารมณ์อวดดี เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นพอๆ กับความโกรธของเด็กวัยนี้ มักจะแสดงอารมณ์ด้วยความดื้อรั้น เช่น อยากอาบน้ำเอง รับประทานอาหารเอง ใส่รองเท้าเอง เป็นต้น ถ้าถูกบังคับเด็กจะแสดงพฤติกรรมนิ่งเฉย ไม่ได้ตอบ ทำเป็นไม่ได้ยิน คำขอร้อง หรือไม่เอาใจใส่แสร้งทำให้เข้าได้

### วัยเรียน

เป็นวัยที่มีสังคมร่วมกับผู้ใหญ่และเพื่อนวัยเดียวกันมากขึ้น แต่ในเพื่อนวัยเดียวกันจะเป็นเพศเดียวกันด้วย ซึ่งในกลุ่มเพื่อนจะร่วมกันทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้เด็กมีการเรียนรู้ กติกา กฎระเบียบที่อยู่ร่วมกันในสังคม มีเหตุและผลในการแสดงพฤติกรรมต่างๆ มากขึ้น สำหรับอารมณ์ของเด็กวัยนี้ก็ลดลงกว่าเด็กวัยก่อนเรียน เนื่องจากเด็กจะมีความเข้าใจอารมณ์ตนเอง อารมณ์ผู้อื่น รู้จักควบคุมอารมณ์และรู้จักแสดงอารมณ์ออกมาอย่างเหมาะสม

### วัยรุ่น

เป็นวัยที่มีสังคมกับเพื่อนวัยเดียวกันมากที่สุด จะมีการจับกลุ่มได้นาน และมีความผูกพันกับเพื่อนสูง บางครั้งเรียกการจับกลุ่มของวัยนี้ว่า Gang age ซึ่งเป็นการจับกลุ่มที่มีความคิดความเชื่อ การแสดงออกที่คล้ายๆกัน สำหรับอารมณ์ของเด็กวัยนี้จะมีคล้ายคลึงกับอารมณ์ของเด็กวัยอื่นๆ แต่แตกต่างในแง่ของปริมาณ ความเข้ม และประเภทของสิ่งกระตุ้น อารมณ์เท่านั้น เช่น อารมณ์โกรธ ก็จะเปลี่ยนจากการทุบทำลายสิ่งของ แบบเด็กๆ มาเป็นการแสดงออกทางคำพูด อารมณ์สุขหรือรัก จะเป็นอารมณ์ที่เด็กรู้สึกว่าเป็นตนเองเด่นและทำให้เกิดความรู้สึกภูมิใจ เป็นต้น

### 3.2.3 การสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก

การสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กนับว่าเป็นงานท้าทายความสามารถของพยาบาลโดยตรง ที่ จะทำอย่างไรให้เข้าใจในตัวผู้ป่วยเด็กและผู้ป่วยเด็กได้เข้าใจในสิ่งที่สื่อสารของพยาบาล เพราะ จากข้อจำกัดทางวุฒิภาวะของเด็ก ทำให้ความสามารถในการรับฟังและเข้าใจข้อมูลลดลงตามไปด้วย บวกกับเด็กเองสามารถที่สื่อสารด้วยการแสดงออกทางท่าทางมากกว่าคำพูด (ปริศนา สุนทรไชย ,2534 : 19) เพื่อที่จะสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กได้นั้น ผู้วิจัยได้รวบรวมสิ่งที่พยาบาลควรที่จะคำนึงถึงในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กไว้ดังนี้ (ฉลองรัฐ อินทรีย์,2522 :30; ภิรนนท์ อนุวัชศิริวงศ์, 2527:17-27; กาญจนา ศิริเจริญวงศ์, 2542:7; Klaus and Kennell,1976 อ้างถึงใน

ทัศนีย์ ตรีศายลักษณ์, 2542; Murray and Zentner, 1979 อ้างถึงใน เชื้อมพร ทองกระจาย, 2527:6-8; Sieh and Brentin, 1997 : 87-93 ; Sherman, 1994 :104-106)

1. การพบกันครั้งระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเด็ก ควรแนะนำตัวเองกับเด็กให้รู้จักโดยตรง ไม่ต้องผ่านบิดามารดาและควรจะมีการสบตา (eye contact) กับผู้ป่วยเด็ก รวมทั้งควรแนะนำพยาบาลผู้อื่นในทีมด้วย เพื่อให้เด็กรู้จักและเกิดความไว้วางใจกับพยาบาล

2. ขณะพูดคุยกับผู้ป่วยเด็ก พยาบาลควรจะต้องตั้งใจพูดกับเด็กคนเดียว ให้ใบหน้าของพยาบาลอยู่ในระดับสายตาของเด็ก โดยการคุกเข่าหรือย่อตัว เพื่อให้เด็กได้มองอย่างสบายขณะพูดคุย สบสายตาขณะพูดคุยกับเด็กเป็นระยะๆ รวมทั้งสังเกตปฏิกิริยาของเด็กขณะพูดคุยด้วย

3. เรื่องราวที่จะสื่อสารในครั้งแรกไม่ควรจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับการเข้ารักษาพยาบาล แต่ควรจะทำให้ความสนใจกับเด็กว่าเป็นบุคคลหนึ่ง เช่น การพูดคุยเรื่องเสื้อผ้าที่เด็กสวมใส่ ตุ๊กตาหรือของเล่นที่เด็กถือมาด้วย เป็นต้น

4. เรื่องราวในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลควรจะเป็น ความจริง และถูกต้องทุกครั้ง เพื่อให้เด็กเกิดความไว้วางใจและยอมรับฟังเรื่องราวขณะสื่อสาร โดยการสื่อสารด้วยคำพูดนั้นควรสั้นและง่ายต่อการทำความเข้าใจของเด็ก รวมทั้งกิริยาท่าทางของพยาบาลที่แสดงถึงความจริงใจและเมตตา

5. ลักษณะการพูดคุยกับผู้ป่วยเด็กของพยาบาล ควรจะเป็นคำพูดที่แนะนำให้ทำมากกว่าการห้ามให้ทำ เพราะจะช่วยโน้มน้าวใจของเด็กได้ดี รวมทั้งการพูดคุยควรจะมีมโนคติอันดี พูดช้าๆ ออกเสียงให้ชัด และบางครั้งจะต้องพูดซ้ำเรื่องราวนั้น เพื่อให้เด็กได้รับฟังใช้ความสามารถของตัวเด็กเองในการคิดเพื่อให้เกิดความเข้าใจ และเพื่อให้เด็กเกิดความอบอุ่น

### 3.2.4 วิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของพยาบาล

การสื่อสารเพื่อส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจตรงกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเด็กและเกิดความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ผู้วิจัยได้ศึกษาทฤษฎีที่พยาบาลใช้เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กเข้าใจเรื่องราวที่ได้รับฟัง โดยสรุปแนวทางที่พยาบาลนิยมใช้ในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก 2 ทางดังนี้

#### 3.2.4.1 การสื่อสารของพยาบาลทางวจนภาษา

การสื่อสารของพยาบาลทางวจนภาษาในที่นี้ผู้วิจัยจะเน้นการสื่อสารแบบเผชิญหน้า (face to face communication) ด้วยการพูด จากการศึกษาการสื่อสารของพยาบาลเด็กที่ใช้การสื่อสารทางวจนภาษานั้น พยาบาลเด็กสามารถใช้ 2 วิธี คือ



### 3.2.4.1 .1 พยาบาลใช้การพูดมีท่าทางประกอบ

เป็นลักษณะการพูดคนเดียว (Monologue) โดยการทบทวนวิธีการให้เด็กฟังระหว่างการปฏิบัติกรพยาบาล เพื่อเป็นการให้ข้อมูลที่เหมาะสมและส่งเสริมการปรับตัวของเด็ก รวมทั้งช่วยให้เด็กไม่วิตกกังวล เช่น พูดว่า “ก่อนอื่นฉันต้องทำความสะอาดผิวหนัง หนูจะรู้สึกเย็นไม่เจ็บนะ เมื่อแห้งแล้วต่อไปจะรู้สึกว่ามีอะไรแทง หนูอยู่หนึ่งๆ ดีมากค่ะ เสร็จแล้วนะ” ซึ่งการใช้คำพูดนั้นควรเป็นคำพูดที่ส่งเสริมความพึงพอใจแก่เด็ก ช่วยให้เด็กเกิดความรู้สึกมีคุณค่ามีความสามารถ พร้อมทั้งชมเชยพฤติกรรมทางบวกของเด็ก เช่น เมื่อเด็กอยู่หนึ่งและภายหลังฉีด พูดว่า “เห็นไหม หนูทำได้” (ทัศนีย์ อรรถารส,2539:165)

### 3.2.3.2 พยาบาลใช้การพูดกับการมีสื่อประกอบ

จากการศึกษาพบว่า พยาบาลใช้แนวคิดของการเล่น (Play) มาประกอบในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก เพื่อให้เด็กเกิดความสนใจและเข้าใจในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลมากขึ้น โดยใช้สื่อมาประกอบในการสื่อสารของพยาบาล ดังนี้

1) ตุ๊กตา โดยการแสดงบทบาทสมมติร่วมกันระหว่างพยาบาลกับตุ๊กตาหรือตุ๊กตาแสดงบทบาทสมมติฝ่ายเดียวโดยมีพยาบาลเป็นผู้บรรยาย เช่น พยาบาลอธิบายเหตุผล ขั้นตอน วิธีการ ฉีดยา ความรู้สึกที่จะเกิดขึ้นตลอดจนวิธีการปฏิบัติขณะรับการฉีดยา ด้วยการที่พยาบาลแสดงการฉีดยากับตุ๊กตาแก่เด็กวัยเรียนตอนต้น และให้เด็กเล่นการฉีดยากับตุ๊กตา ทำให้เด็กมีความกลัวจากการฉีดยาน้อยกว่าเด็กที่ไม่ได้รับการอธิบายจากการเล่นฉีดยาตุ๊กตา (นฤมล ธีระรังสิกุล, 2532) หรือการเล่าเรื่องการเจาะหลังผ่านตุ๊กตาตามลักษณะที่เด็กได้พบ โดยการสร้างเวทีจำลองห้องพักของเด็กและการสัมผัสอุปกรณ์จริงในการเจาะหลังให้เด็กวัยก่อนเรียนได้ทราบ ทำให้เด็กเกิดความร่วมมือในการเจาะหลังมากขึ้น (ดวงรัตน์ คัดทะเล, 2532) หรือการเตรียมเด็กวัยก่อนเรียนที่เป็นโรคมาเร็ง ดูตุ๊กตาแสดงบทบาทในการรับรังสีรักษา มีการให้ข้อมูลและพาไปดูเครื่องมือเครื่องใช้ในการรับการรักษาจริง ทำให้เด็กมีความกลัวในการรับรังสีรักษาน้อยกว่าเด็กที่มีการตามปกติ (ทัศนีย์ อรรถารส, 2538)

2) หนังสือการ์ตูน มักจะเป็นจะเป็นการเล่าเรื่องเกี่ยวกับโรงพยาบาลหรือเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยพยาบาลเป็นผู้อ่านหรือเล่าให้เด็กฟัง หรือใช้เทปบันทึกเสียง เช่น การเตรียมเด็กที่รับการผ่าตัดทอนซิลโดยการสอนจากหนังสือการ์ตูนในเรื่องการใช้เครื่องมือ วิธีการรักษา ทำให้เด็กวัยเรียนมีความกลัวและให้ร่วมมือในการรักษามากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสอนจากการ์ตูนดังกล่าว (อัญชลี ชนะกุล, 2528) หรือการใช้หนังสือประยุกต์ที่จัดทำคล้ายหนังสือการ์ตูนที่เป็นเรื่องราวเลียนแบบสถานการณ์การเข้าโรงพยาบาลและการแยกจากมารดาของเด็กวัยก่อนเรียน โดยการเปิดให้เด็กดูภาพ พร้อมทั้งเล่าเรื่องในภาพให้เด็กฟังจากเครื่องเล่นเทปเสียง ทำให้เด็กลดความ

วิตกกังวลที่แยกจากมารดาได้ (กาญจนา ศิริเจริญวงศ์, 2532) หรือการใช้หนังสือภาพการ์ตูนเป็น ตัวแบบ เพื่อลดความกลัว และให้ความร่วมมือในการฉีดยาวัคซีนของเด็กวัยก่อนเรียน (รพีพร ธรรมสาโรชต์ : 2542)

3) ภาพยนต์ มักจะเป็นเรื่องราวเกี่ยวกับโรงพยาบาลหรือการรักษาพยาบาลที่让孩子ดูแล้ว มีพยาบาลคอยอธิบายให้เด็กฟัง เช่น การให้เด็กอายุ 4 – 9 ปีที่จะได้รับการผ่าตัดเล็กดูภาพยนตร์ที่มีเด็กแสดงท่าทางให้ความร่วมมือต่อการได้รับยาชา พบว่าเด็กที่รอการผ่าตัดมีความเครียดลดลง กว่ากลุ่มที่ไม่ได้ดูภาพยนตร์ดังกล่าว (Vernon and Bailey, 1974 ) หรือ การลดความวิตกกังวลของเด็กที่รับการผ่าตัด โดยให้ดูภาพยนตร์เกี่ยวกับการเตรียมผ่าตัด ซึ่งพบว่าเด็กมีความวิตกกังวลน้อยกว่าเด็กที่ดูภาพยนตร์เรื่องอื่นที่ไม่เกี่ยวกับการผ่าตัด (Melamed and Siegel, 1975 cited by Eiser, 1984 )

4) การวาดภาพหรือรูปภาพ (Drawing Pictures / Photographs) เป็นเครื่องมือหนึ่งในการสื่อสารกับเด็ก เมื่อเด็กวาดภาพหรือเอาภาพของเด็กมาให้เด็กดู แล้วถามเด็ก เด็กก็จะบอกเล่าเรื่องราวจากภาพให้ฟังเป็น (Sieh and Brentin, 1997: 89 ) รวมทั้งพยาบาลสามารถใช้ภาพประเมินความคิดและความรู้สึกของเด็ก เช่น การให้เด็กที่ได้รับการทากรุณทางเพศวาดภาพ ซึ่งเป็นการสื่อถึงความคิดและความรู้สึกของตัวเองต่อเรื่องเพศ ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และบุคคลที่กระทำต่อเด็ก (Kelley, 1985: 421-426) ทำให้พยาบาลเข้าใจเด็กได้จากภาพที่สะท้อนความคิดความรู้สึกของเด็กและช่วยลดความเครียดในตัวเด็กด้วย ด้วยการประเมินภาพจากขนาดของภาพ การจัดลำดับภาพ การวางตำแหน่งตัวเด็กในภาพ จำนวนภาพ การเน้นหน้าภาพ และการลบจุดขีดภาพ (Whaley and Wong, 1985 : 431 )

### 3.2.4.2 การสื่อสารของพยาบาลทางวจนภาษา

การสื่อสารของพยาบาลทางวจนภาษาในที่นี้ผู้วิจัยจะเน้นการสื่อสารแบบเผชิญหน้า (face to face communication) ด้วยการแสดงออกของลักษณะร่างกาย 7 ลักษณะ คือ

1.) กิริยาท่าทาง เป็นการแสดงออกของพยาบาลที่มีผลต่อความรู้สึกของผู้ป่วย ซึ่งอาจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ หรือรู้สึกวิตกกังวลได้ เช่น ยืนกอดอกขณะสนทนากับผู้ป่วย ทำให้รู้สึกว่าพยาบาลไม่เต็มใจที่จะสนทนา การวางมือที่เอาจริง แสดงถึงความก้าวร้าว หรือขู่เข็ญผู้ป่วย เป็นต้น (หทัยรัตน์ จิรนนทิพัทธิ, 2539) โดยเฉพาะเด็กจะสามารถการรับรู้การสื่อสารได้ดีจากท่าทางมากกว่าการพูด ดังนั้นพยาบาลที่จะสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กควรจะมีกิริยาท่าทางที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิดความอบอุ่นไว้วางใจ เช่น การทักทาย ยิ้มแย้มแจ่มใส มีท่าทีที่เป็นมิตร เป็นต้น

2.) การแสดงออกทางสายตา เป็นสิ่งที่พยาบาลควรให้ความสำคัญเช่นกัน เนื่องจากดวงตาเป็นกระจกส่องจิตใจของคน และการสบตาของพยาบาลกับผู้ป่วยก็เป็นจุดเริ่มต้นของการมีสัมพันธภาพอันดี เพราะเป็นการบอกถึงความสนใจและแสดงความเคารพนับถือกัน (Arnold and Boggs, 1989) ซึ่งการแสดงออกทางสายตาของพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วยเด็กก็เป็นการบอกถึงความสนใจและแสดงความเคารพนับถือกันเช่นกัน นอกจากนี้ที่มีจุดมุ่งหมายดังกล่าวแล้วการแสดงออกทางสายตาของพยาบาลที่ดูแลเด็กก็เป็นการสำรวจพฤติกรรมและอาการของผู้ป่วยเด็กด้วย เนื่องจากความสามารถในการสื่อสารของเด็กเพื่อขอความช่วยเหลือมีข้อจำกัดของพัฒนาการ

3.) การสัมผัส เป็นสื่ออย่างหนึ่งถึงการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เมื่อผู้ป่วยได้รับการสัมผัสจากพยาบาล ก็ารู้สึกถึงความอบอุ่นที่พยาบาลถ่ายทอดมาสู่ผู้ป่วย อันเป็นการตอบสนองที่เป็นธรรมชาติมากกว่าการพูด (Perry and Potter, 1995) นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย ไม่รู้สึกถูกทอดทิ้ง ได้รับความเอาใจใส่และการเคารพในความเป็นบุคคล (Taylor et al., 1989) โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็ก ที่คุ้นเคยการสัมผัสจากมารดา ดังนั้นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเด็กก็ควรปฏิบัติเช่นกัน เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กได้รับรู้ถึงความรู้สึกดังกล่าว

4.) น้ำเสียง เป็นสิ่งที่แสดงออกพร้อมกับการพูด เนื่องจากเมื่อพยาบาลทำกิจกรรมการพยาบาล พยาบาลจะใช้การพูดสื่อสารกับผู้ป่วย โดยเฉพาะการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ที่นอกจากจะใช้อุปกรณ์สื่อสารขณะพูดแล้ว น้ำเสียงก็มีความสำคัญเช่นกัน Mehler et al (1978 อ้างถึงใน เพ็ญวิไล ฤทธาคนานนท์, 2536: 170-171) ที่กล่าวว่า ทารกชอบฟังเสียงของมารดาที่มีลักษณะสูงๆต่ำๆ (Motherese) ดังนั้นระดับ จังหวะของน้ำเสียงที่พยาบาลจะสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กก็ควรเป็นลักษณะสูงๆต่ำๆ เพื่อดึงดูดความสนใจเช่นกัน

5.) ระยะห่างระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเด็ก ควรจะมีระยะที่เหมาะสม เพราะเป็นการป้องกันการถูกล้ำที่วางรอบร่างกายเด็ก เนื่องจากเด็กจะรู้สึกว่าอยู่ใกล้กับคนแปลกหน้า ไม่น่าไว้วางใจ ทำให้เกิดการรบกวนจิตใจและกระตุ้นให้เด็กเกิดความกังวลมากขึ้น ซึ่ง Perry and Potter (1995) ได้กล่าวถึงระยะระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆไว้ดังนี้

5.1) ระยะใกล้ชิดมาก (Intimate) เป็นระยะห่างประมาณ 0 – 18 นิ้ว ใช้ในกรณีที่พยาบาลจะต้องใกล้ชิดกับผู้ป่วย เช่น การอุ้มทารก การพลิกตะแคงตัว ซึ่งพยาบาลจะต้องที่ท่าที่ที่สุภาพเมื่อเข้าไปใกล้ผู้ป่วย

5.2) ระยะห่างระหว่างบุคคลทั่วไป (Personal Distance) เป็นระยะห่างประมาณ 18 นิ้ว – 4 ฟุต โดยพยาบาลจะอยู่ห่างจากผู้ป่วยกว่าระยะใกล้ชิดมาก เช่น การจับมือ การสัมผัสไหล่ การนั่งคุยกับผู้ป่วยข้างเตียง ซึ่งระยะนี้จะเป็นสามารถมองเห็นการตอบสนองทั้งฝ่ายพยาบาลและฝ่ายผู้ป่วยได้

5.3) ระยะห่างในสังคม (Social Distance) เป็นระยะห่างประมาณ 4 - 12 ฟุต เป็นระยะที่พยาบาลใช้ในเดินการตรวจเยี่ยมผู้ป่วย จะไม่มีการสัมผัสกับผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลจะต้องใช้เสียงในการสื่อสารที่ดังขึ้นกว่าทั้งสองระยะ

5.4) ระยะห่างในสาธารณะ (Public Distance) เป็นระยะห่างที่มากกว่า 12 ฟุต มักจะเป็นการสื่อสารที่เป็นสาธารณะ พยาบาลจะต้องใช้เสียงที่ดังมาก ในที่นี้ผู้วิจัยเน้นการสื่อสารแบบระยะห่างเฉพาะระยะใกล้ชิดมาก ระยะห่างระหว่างบุคคลทั่วไป และระยะห่างในสังคม ซึ่งสามารถพบบ่อยได้ในการสื่อสารของพยาบาลกับผู้ป่วยเด็ก

6.) การให้เวลากับผู้ป่วย การสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของพยาบาลจะต้องอาศัยเวลา เนื่องจากพัฒนาการที่จะรับรู้และเข้าใจของเด็กมียังเจริญไม่เต็มที่ เมื่อเด็กเจ็บป่วยและต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่คุ้นเคยกับเด็กก็ยิ่งทำให้พัฒนาการดังกล่าวลดลงด้วย ดังนั้นพยาบาลควรให้ความสนใจและเข้าใจถึงพัฒนาการดังกล่าว เพื่อที่จะอธิบาย แนะนำ ทบสวน บอกเล่าเรื่องเดิมหรือตอบข้อสงสัยด้วยการให้เวลาอย่างสม่ำเสมอหรือมากกว่าผู้ป่วยวัยอื่นๆ

7.) อุปกรณ์ที่ใช้สัมผัส เป็นการสื่อสารอย่างหนึ่งของพยาบาลที่แสดงถึงความห่วงใย การเอาใจใส่ต่อผู้ป่วย ในที่นี้ผู้วิจัยเน้นเฉพาะผ้าที่ใช้สัมผัสผู้ป่วยเด็ก เช่น เสื้อผ้า ผ้าปูเตียง ปลอกหมอน และผ้าห่ม เนื่องจากผ้าดังกล่าวเป็นสิ่งที่เด็กใช้ประจำ เมื่อเด็กเจ็บป่วยและต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลอาจจะไม่คุ้นเคยหรืออาจจะแพ้กับผ้าที่โรงพยาบาลจัดเตรียมไว้ ดังนั้นพยาบาลควรจะต้องดูแลหรือให้ความสำคัญกับผ้าที่สัมผัสผู้ป่วยเด็กด้วย ให้มีความสะอาด ความนุ่มหรือขนาดเหมาะสมกับตัวผู้ป่วยด้วย

#### 4. แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติต่อการพยาบาลเด็ก

##### 4.1 ความหมายของทัศนคติ

ทัศนคติ หรือ เจตคติ หรือตรงกับภาษาอังกฤษว่า Attitude มีความหมายตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ว่า ท่าที ความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งหนึ่งหรือตรงกับพจนานุกรมฉบับเวบสเตอร์ (Webster's New World Dictionary, 1988: 88)ว่า ความพร้อมและแนวโน้มที่จะกระทำต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 3) ได้กล่าวว่าทัศนคติ เป็นความคิดเห็นซึ่งมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ เป็นส่วนที่พร้อมที่จะมีปฏิกิริยาเฉพาะอย่างต่อสถานการณ์ภายนอก

สุรวศ์ ไคว้ตระกูล (2537: 246) ได้ให้ความหมายของทัศนคติ ว่าหมายถึง ความโน้มที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสนองตอบต่อสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งเร้าซึ่งอาจจะเป็นได้ทั้งคน วัตถุสิ่งของ หรือความคิด ทัศนคติอาจเป็นบวกหรือเป็นลบ ถ้าบุคคลใดมีทัศนคติทางบวกต่อสิ่งใด ก็จะมีพฤติกรรมที่จะเผชิญกับสิ่งนั้น ถ้ามีทัศนคติทางลบก็จะหลีกเลี่ยง ทัศนคติเป็นสิ่งที่เรียนรู้และเป็นการแสดงออกของค่านิยมและความเชื่อของบุคคล

สิวลี ศิริไล (2539 : 76) ให้ความหมายของทัศนคติไว้ว่า ทัศนคติเป็นความรู้สึกของบุคคล ที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งทัศนคติเกิดขึ้นจากส่วนประกอบด้านความรู้ ความพึงพอใจและองค์ประกอบทางพฤติกรรม (Cognitive, Affective, and Behavioral components) ความเชื่อก็เป็นส่วนประกอบอีกประการหนึ่งของทัศนคติ และที่สำคัญจะแยกออกเสียมิได้ กระบวนการประเมินคุณค่าจึงออกมาในลักษณะของทัศนคติที่ไม่ดี หรืออาจกล่าวอีกอย่างหนึ่งว่าทัศนคติอีกอย่างหนึ่งในทางบวกหรือในทางลบ

เพ็ญวรรณ มหาผล (2539 : 15) ได้ให้ความหมายของทัศนคติว่า เป็นความเข้าใจ ความคิดเห็น ความรู้สึก ความเชื่อ ของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งไปในทิศทางที่ให้คุณค่าเป็นบวก ลบ หรือกลางได้ ซึ่งส่งผลให้บุคคลแสดงพฤติกรรมหรือตอบสนองต่อสิ่งนั้นตามความรู้สึกอันเป็นผลจากการเรียนรู้ประสบการณ์ และสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้นๆ

ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2540 : 207) ให้ความหมายของทัศนคติว่า เป็นเรื่องความชอบ ความไม่ชอบ ความลำเอียง ความคิดเห็น ความรู้สึก ความเชื่อของเราต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง มักจะเกิดเมื่อเรารับรู้หรือประเมินผู้คน เหตุการณ์ในสังคม เราจะเกิดอารมณ์ความรู้สึกบางอย่างควบคู่ไปกับการรับรู้ นั้น และมีผลต่อความคิดและปฏิกิริยาในใจของเรา ดังนั้นทัศนคติจึงเป็นทั้งพฤติกรรมภายนอกที่อาจสังเกตเห็นหรือพฤติกรรมภายในที่ไม่อาจสังเกตเห็นได้ง่าย แต่มีความโน้มเอียงที่จะเป็นพฤติกรรมภายในมากกว่าพฤติกรรมภายนอก

ชื่นจิตต์ ประสมสุข (2540 : 58) ได้ให้ความหมายของทัศนคติว่า หมายถึง ความรู้สึก ความคิด และความเชื่อ ที่เกิดจากความรู้และการเรียนรู้จากประสบการณ์ของบุคคล ที่มีผลต่อบุคคล วัตถุสิ่งของ สถานการณ์ในทางบวก ทางลบหรือเป็นกลาง และมีการแสดงออกให้ได้จากคำพูดหรือพฤติกรรม

Allport (1960 อ้างถึงใน ปรียาพร วงศ์อนุโรจน์, 2540 : 207) ได้อธิบายว่าทัศนคติเป็นสภาวะของความพร้อมทางด้านจิตใจ ซึ่งเกิดขึ้นจากประสบการณ์สภาวะความพร้อมนี้จะเป็นแรง



กำหนดทิศทางของปฏิริยาของบุคคลที่มีต่อบุคคล สิ่งของและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องและกล่าวว่าทัศนคติ เกิดจาก

1. เกิดจากการเรียนรู้วัฒนธรรมและขนบธรรมเนียมในสังคม
2. การสร้างความรู้สึที่เกิดจากประสบการณ์ของตนเอง
3. ประสบการณ์ที่ได้รับมาจากเดิมทั้งดีและไม่ดี รุนแรงหรือไม่รุนแรง จะส่งผลถึงทัศนคติต่อสิ่งใหม่ที่คล้ายคลึงกัน
4. การเลียนแบบบุคคลที่ตนเองให้ความสำคัญและรับเอาทัศนคตินั้นมาเป็นของตน

Thurstone (1992) ได้กล่าวว่า ทัศนคติเป็นตัวแปรทางจิตวิทยาชนิดหนึ่งที่ไม่สามารถสังเกตได้ง่าย แต่เป็นการโน้มเอียงทางจิตภายใน จะแสดงออกให้เห็นได้โดยพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง

Fishbein and Ajzen (1975 อ้างถึงใน เพ็ญวรรณ มหาผล , 2539 : 15) ได้ให้ความหมายของทัศนคติว่า หมายถึง การจูงใจโน้มน้าวให้ตอบสนองต่อสิ่งทั้งหลายของทัศนคติในลักษณะของความชอบหรือไม่ชอบ อย่างคงเส้นคงวา โดยผ่านการเรียนรู้

ดังนั้น ทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น และความเชื่อภายในจิตใจบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยสามารถแสดงออกทางพฤติกรรมหรือตอบสนองต่อสิ่งนั้นๆ จากการเรียนรู้ ประสบการณ์ และสิ่งแวดล้อมของบุคคล

## 4.2 องค์ประกอบของทัศนคติ

โดยทั่วไปทัศนคติประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ (ซึ่งจิตต์ ประสมสุข, 2540 : 60) คือ

4.2.1. **องค์ประกอบด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive component)** เป็นองค์ประกอบด้านความรู้ความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้านั้นเพื่อเป็นเหตุผลที่จะสรุปความและรวมความเชื่อหรือช่วยในการประเมินสิ่งเร้านั้น

4.2.2. **องค์ประกอบด้านความรู้สึกหรืออารมณ์ (Affective component)** เป็นองค์ประกอบด้านความรู้สึกหรืออารมณ์ของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับสิ่งเร้า ต่างเป็นผลต่อเนื่องมากจากการที่บุคคลประเมินผลสิ่งเร้าแล้วว่า พอใจหรือไม่พอใจ ต้องการหรือไม่ต้องการ ดีหรือเลว

4.2.3. **องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavior component)** เป็นองค์ประกอบทางด้านความพร้อม หรือความโน้มเอียงที่บุคคลจะประพฤติปฏิบัติ หรือตอบสนองต่อสิ่งเร้าในทิศทางที่จะสนับสนุนหรือคัดค้าน ทั้งนี้ขึ้นกับความเชื่อ หรือความรู้สึกของบุคคลที่ได้จากการประเมินผลพฤติกรรมที่คิดจะแสดงออกมา และสอดคล้องกับความรู้สึกที่มีอยู่

จะเห็นว่าองค์ประกอบด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านความรู้สึกรู้สึกหรืออารมณ์ และด้านพฤติกรรม เป็นส่วนประกอบพื้นฐานของทัศนคติ และมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับความรู้สึกของบุคคล โดยปกติบุคคลจะแสดงความรู้สึกออกทางพฤติกรรมในทิศทางที่สอดคล้องกับทัศนคติ แต่บางครั้งจะไม่เป็นไปตามทุกกรณี เพราะในบางบุคคลนั้นมีทัศนคติอย่างหนึ่ง แต่ไม่แสดงพฤติกรรมตามทัศนคตินั้นเพราะเป็นสิ่งที่อาจไม่เหมาะสม ดังนั้นการที่เราจะทราบความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อหรือทัศนคติของบุคคลหนึ่งๆ นั้นก็อาจไม่แน่นอนได้

#### 4.3 ทัศนคติกับการสื่อสาร

ในการสื่อสารของบุคคลทัศนคติก็เป็นปัจจัยอีกอย่าง que เพิ่มหรือลดประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการสื่อสารนั้น Berlo (1960) ได้เสนอทัศนคติของทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสารไว้ 3 ประการคือ

1. ทัศนคติต่อตนเอง
2. ทัศนคติต่อผู้รับสาร
3. ทัศนคติต่อเรื่องราวที่จะสื่อสาร

บุญศรี ปราบณศักดิ์ และ ศิริพร จิรวัดมนกุล (2536) ได้กล่าวถึง เจตคติ (ทัศนคติ หรือ Attitude) ในทางการพยาบาลของผู้สื่อสารมีอิทธิพลต่อการสื่อสาร ว่าประกอบด้วย เจตคติ 3 ประการ คือ

1. เจตคติต่อตนเอง
2. เจตคติต่อคู่สื่อสาร
3. เจตคติต่อเรื่องราวที่สื่อสารกัน

จากการศึกษาของ อดองรัฐ อินทรีย์และคณะ (2519) ที่ได้ศึกษาทัศนคติของ นักศึกษาพยาบาลและพยาบาลประจำการทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคต่อการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ โดยสำรวจทัศนคติ 5 ด้าน คือ

1. ด้านการปฏิบัติงาน
2. ด้านการจัดหอผู้ป่วย
3. ด้านเด็กที่เจ็บป่วย
4. ด้านการจ่ายงานให้นักศึกษาพยาบาลขณะฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย
5. ด้านผู้ร่วมงาน

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น ผู้วิจัยสนใจในการศึกษาทัศนคติต่อการพยาบาลเด็กในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก อันจะทำให้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเด็กและกระบวนการดูแลผู้ป่วยเด็กเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากการศึกษาทัศนคติต่อการพยาบาลเด็กในเรื่องการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กยังไม่มีในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงศึกษาทัศนคติต่อการพยาบาลเด็กในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล โดยครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่

ทัศนคติต่อตนเอง หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น และความเชื่อของนักศึกษาพยาบาลที่มีต่อความสามารถของตนเองในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ในเรื่องความเมตตา กรุณา การรักษาสัญญา ภูมิใจ และความพร้อมที่จะสื่อสาร

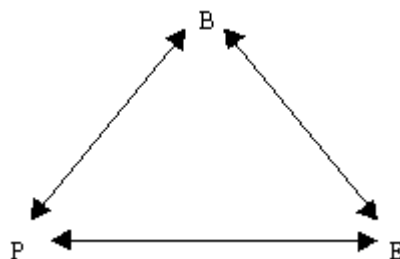
ทัศนคติต่อผู้ป่วยเด็ก หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น และความเชื่อของนักศึกษาพยาบาลต่อการแสดงออกของผู้ป่วยเด็กทั้งด้านวัจนภาษาและอวัจนภาษา ที่แสดงถึงการเรียกร้องหรือการบอกถึงความต้องการ รวมทั้งลักษณะของผู้ป่วยเด็กที่น่าสงสารและการช่วยเหลือตนเองได้น้อย

ทัศนคติต่อเรื่องราวที่สื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น และความเชื่อของนักศึกษาพยาบาลต่อข้อมูลหรือข่าวสารที่จะแลกเปลี่ยนกับผู้ป่วยเด็ก ในเรื่อง การรักษาพยาบาล บุคลากรในหอผู้ป่วยเด็ก และกฎระเบียบของโรงพยาบาล รวมทั้งการแสดงออกด้วยกริยาท่าทางการทักทาย ชื่นชม ยินดี ปลอดภัยนให้กำลังใจในเวลาที่เหมาะสม ตลอดจนการสัมผัส

ทัศนคติต่อการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยเด็ก หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น และความเชื่อของนักศึกษาพยาบาลต่อลักษณะงานการพยาบาลเด็กที่ต้องมีความละเอียดรอบคอบ อดทนในการปฏิบัติการพยาบาลกับเด็ก การจัดสภาพหอผู้ป่วยที่ปลอดภัยจากอุบัติเหตุและสะอาด

## 5. แนวคิดเกี่ยวกับแบบอย่างของอาจารย์พยาบาล

ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของ Bandura (1986 อ้างถึงใน ชนาทิพ ละม่อม ,2534) กล่าวว่า พฤติกรรมมนุษย์จะเกิดขึ้นได้จากการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างพฤติกรรม ปัญญาและประกอบส่วนบุคคลอื่นๆ และอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม โดยองค์ประกอบทั้งสาม ประการนี้ต่างมีเหตุและผลซึ่งกันและกัน ซึ่งแบนดูลาเรียกแนวคิดนี้ว่าเป็นสามองค์ประกอบ กำหนดซึ่งกันและกัน (Triadic Reciprocal Determinism) ดังแผนภาพต่อไปนี้



แผนภาพที่ 6 การปฏิสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม ( Behavior = B )

ปัญญาและองค์ประกอบส่วนบุคคล (Cognitive and other Personal factor = P)

และอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม (Environmental influences = E )

Bandura ได้อธิบายอีกว่า บุคคลที่จะแสดงออกทางพฤติกรรมได้นั้นจะเป็นไปตามความสามารถพื้นฐานซึ่งประกอบด้วย

1. ความสามารถในการใช้สัญลักษณ์ (Symbolizing Capability) คือ ความสามารถของบุคคลที่จะเก็บประสบการณ์ต่างๆ ที่ตนได้รับไว้เป็นรูปแบบสัญลักษณ์ เพื่อนำมาใช้ที่เน้นในการกระทำครั้งต่อไป

2. ความสามารถในการคาดการณ์ล่วงหน้า (Fouthought Capability) บุคคลจะมีความสามารถในการคาดการณ์ล่วงหน้า ซึ่งมีผลให้พฤติกรรมของบุคคลส่วนใหญ่จะเป็นพฤติกรรมที่มีเป้าหมาย และมีการคิดล่วงหน้าอย่างรอบคอบ นอกจากนี้บุคคลยังสามารถทำนายผลกรรมตามความคาดหวังของตน มีการตั้งเป้าหมายและวางแผนการกระทำในอนาคต ซึ่งความสามารถในการคาดการณ์ล่วงหน้านี้ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจและสามารถบังคับตนเองเพื่อเกิดเป็นแนวทางในการแสดงพฤติกรรมของตนต่อไป

3. ความสามารถในการสังเกตเห็นผลกรรมที่คนอื่นได้รับ (Vicarious Capability) เป็นความสามารถของบุคคลที่จะเรียนรู้จากการสังเกตพฤติกรรม และผลกรรมจากที่ผู้อื่นกระทำ โดยนำมาเป็นแนวทางการปฏิบัติและควบคุมแบบแผนพฤติกรรมของตนต่อไป

4. ความสามารถในการบังคับตนเอง (Self – Regulatory Capability) เป็นความสามารถของบุคคลที่จะควบคุมหรือกำกับตนเองให้แสดงพฤติกรรมไปตามแนวทางของตนเอง โดยใช้กระบวนการปัญญาและสร้างสรรค์แรงจูงใจสำหรับตนในการจัดกระทำกับเงื่อนไขสิ่งแวดล้อม เนื่องพฤติกรรมของบุคคลจะถูกควบคุมจากมาตรฐานภายในที่ตนตั้งไว้ ดังนั้นเมื่อเกิดความไม่สอดคล้องระหว่างการกระทำและมาตรฐานที่ตนตั้งไว้แล้ว ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นภายในตนเองก็จะได้รับการประเมินเพื่อนำไปสู่แนวทางการกระทำของตนต่อไป

5. ความสามารถในการสะท้อนความมีสติของตนเอง (Self-Reflective Capability) ความสามารถที่กระทำใ้บุคคลสามารถวิเคราะห์ประสบการณ์ความรู้ต่างๆรอบตัวรวมทั้งสามารถประเมิน แก่ไขและคิดเกี่ยวกับความคิดของตน ทำให้เข้าใจสิ่งต่างๆรอบตัวได้

Badura เชื่อว่า การเรียนรู้ของบุคคลเป็นไปได้ยาก จึงได้เสนอแนวคิดของการเรียนรู้ไว้ 3 ประการ คือ แนวคิดของการเรียนรู้จากการสังเกต (Observational Learning) แนวคิดของการกำกับตนเอง (Self-Regulation) และแนวคิดของการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy)

การเรียนรู้จากการสังเกตมีความสำคัญต่อมนุษย์มากอีกประการหนึ่ง โดยเฉพาะการสังเกตที่ผ่านแบบอย่าง ซึ่งจะสามารถถ่ายทอดทั้งความคิด และการแสดงออกได้พร้อมๆกัน ทำให้บุคคลที่ได้สังเกตรับข้อมูลจากแบบอย่างนั้น ทำการจดจำ แปลงเป็นสัญลักษณ์ และเก็บไว้เพื่อใช้ในโอกาสต่อไป ซึ่งแบบอย่างที่เป็นคนดูแบบอย่างไว้ 2 ประเภท คือ แบบอย่างที่เป็นบุคคลจริงๆ (Live Model) และแบบอย่างที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic Model)

การเรียนรู้จากแบบอย่างที่เป็นบุคคล ผู้สังเกตสามารถใช้เวลาในการเรียนรู้พฤติกรรมไม่มากนัก เนื่องจากผู้สังเกตมีโอกาสในการเรียนรู้จากการกระทำพฤติกรรมของบุคคล แล้วสังเกตผลที่เกิดขึ้น ถ้าการกระทำนั้นให้ผลกรรมทางบวก ผู้สังเกตก็จะจดจำเพื่อใช้ในโอกาสต่อไป แต่ถ้าผลกรรมนั้นเป็นทางลบ ผู้สังเกตก็ไม่จดจำพฤติกรรมนั้นหรืออาจจะจดจำเพื่อมาปรับแก้ไขพฤติกรรมให้เกิดผลในทางที่ดีต่อไป ดังนั้นการแบบอย่างจากตัวบุคคลจึงทำให้ผู้สังเกตสามารถสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์กับแบบอย่างโดยตรง แล้วพร้อมที่จะจดจำหรือไม่จดจำพฤติกรรมนั้นไปเลียนแบบในครั้งต่อไป

### 5.1 กระบวนการเรียนรู้จากการสังเกต

5.1.1. กระบวนการตั้งใจ (Attentional Processes) ความตั้งใจ และการรับรู้เป็นส่วนสำคัญอย่างหนึ่งของการแสดงออกของบุคคล ซึ่งกระบวนการตั้งใจแบ่งได้ 2 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบจากตัวแบบอย่างที่จะต้องมีความเด่นชัด เป็นที่น่าพึงพอใจของผู้สังเกต พฤติกรรมที่แสดงออกไม่ซับซ้อน จำนวนแบบอย่างมากและมีคุณค่าในการนำไปใช้ประโยชน์ และองค์ประกอบของผู้สังเกตที่สามารถจะรับรู้ เข้าใจ ความสามารถทางสติปัญญา ระดับการตื่นตัว และความชอบส่วนตัวที่มีอยู่แล้วต่อเรื่องที่จะเรียนรู้

5.1.2. กระบวนการเก็บจำ (Retention Process) ผู้สังเกตจะแปลงข้อมูลจากตัวแบบอย่างมาเก็บเป็นสัญลักษณ์ และจัดโครงสร้างเพื่อต่อการจดจำ ซึ่งการเก็บจำนี้ ก็ขึ้นกับ 2 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบเกี่ยวกับการจำ ได้แก่ การเก็บรหัสของสัญลักษณ์



(การเก็บจำที่เป็นภาพและเป็นคำพูด) การจัดระบบปัญญา การทบทวนทางปัญญา และการทบทวนการกระทำ ส่วนอีกองค์ประกอบก็คือองค์ประกอบเกี่ยวกับลักษณะของผู้สังเกต ที่จะต้องมีทักษะทางปัญญาและโครงสร้างทางปัญญาช่วยด้วย

5.1.3. กระบวนการกระทำ (production process) เป็นการที่ผู้สังเกตนำสัญลักษณ์ที่เก็บไว้มาเป็นการกระทำ ซึ่งขึ้นความสามารถของการกระทำ ได้แก่ การระลึกจากปัญญา การสังเกตการกระทำ ข่าวสารป้อนกลับ การเทียบการกระทำกับภาพในปัญญา และองค์ประกอบจากผู้สังเกต ได้แก่ ความสามารถทางกาย และทักษะในพฤติกรรมย่อยๆ ต่างๆที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมได้ตามตัวแบบอย่างนั้น

5.1.4. กระบวนการจูงใจ (Motivational Process) เป็นสิ่งกระตุ้นจากภายนอกที่จูงใจให้บุคคลแสดงออกของพฤติกรรมหรือไม่กระทำพฤติกรรมนั้นตามตัวแบบอย่าง ซึ่งการจูงใจนี้สามารถแบ่งได้ 3 ประเภท คือ การจูงใจจากภายนอก ได้แก่ ความพอใจหรือไม่พอใจ สิ่งของที่จับต้องได้ ปฏิกริยาจากผู้อื่นในสังคม และตัวจูงใจที่สามารถควบคุมเหตุการณ์ได้ การจูงใจที่เห็นจากผู้อื่นได้รับ อันเป็นผลกรรมทั้งทางบวกและทางลบที่ผู้สังเกตได้เห็น และการจูงใจจากตนเอง ได้แก่การที่จะให้ตนเองทำหรือไม่ทำพฤติกรรมนั้นจากการประเมินด้วยตนเองซึ่งเป็นมาตรฐานภายในในแต่ละบุคคล

ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 4 องค์ประกอบนี้มีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อกระบวนการเรียนรู้จากการสังเกต และไม่สามารถขาดองค์ประกอบอย่างใดอย่างหนึ่งได้ เพราะจะทำให้การเรียนรู้จากการสังเกตไม่สมบูรณ์ได้ การสังเกตจากตัวแบบอย่างนั้นมีความสำคัญต่อผู้สังเกตเพื่อที่จะเลียนแบบ ซึ่งแบนดูลาได้แบ่งชื่อของการเป็นแบบอย่างเพื่อการเลียนแบบออกอีก 4 ประเภท (Bandura, 1986 อ้างถึงใน ธีระพร อุวรรณโณ, 2532: 315-316) คือ

1. การเป็นแบบอย่างทางพฤติกรรม (Behavior Modeling) เป็นการที่ตัวแบบอย่างนั้นแสดงออกทางพฤติกรรมให้ผู้สังเกตได้เห็น ซึ่งเป็นข้อมูลแก่ผู้สังเกตเกี่ยวกับทักษะย่อยของพฤติกรรม และผู้สังเกตเห็นพฤติกรรมต่างๆ ของตัวแบบอย่างนั้นจากสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน
2. การมีแบบอย่างทางวาจา (Verbal Modeling) เป็นการที่ตัวแบบอย่างใช้คำพูดทางวาจาในการบอกเล่าหรือสอนว่าพฤติกรรมนี้ทำอย่างไร สอนในเรื่องต่างๆที่ทำให้ผู้สังเกตทราบในรายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลอื่นๆ และยังเป็นการเน้นความสนใจในกิจกรรมที่ผู้สังเกตกำลังกระทำอยู่ การมีตัวแบบอย่างทางวจากมักพบบ่อยครั้งที่จะควบคู่ไปกับการแสดงออกทางพฤติกรรมรวมทั้งยังควบคู่ไปกับการมีตัวแบบอย่างประเภทอื่นด้วย

3. การมีแบบอย่างสัญลักษณ์ (Symbolic Modeling) เป็นตัวแบบอย่างที่ผ่านมาสื่อต่างๆ ได้แก่ โทรทัศน์ ภาพยนตร์ วีดีโอ สไลด์ และสื่อภาพอื่นๆ ซึ่งการใช้ตัวแบบอย่างประเภทนี้สามารถเรียนรู้ได้ทุกระดับภายในสังคมจากการมีเทคโนโลยีที่ก้าวหน้าและทันสมัยของปัจจุบัน

4. การมีแบบอย่างจากการสัมผัส (Kinesthetic Modeling) ผู้สังเกตสามารถที่จะเรียนรู้จากการได้ยิน การเห็นภาพ เช่น การสอนพูดสำหรับคนหูหนวกและตาบอดก็จะใช้การสัมผัสริมฝีปาก และคอของคอที่เป็นตัวแบบอย่างนั้น ซึ่งคนตาบอดหรือหูหนวกก็จะใช้การสัมผัสดังกล่าวในการเรียนรู้

จากที่กล่าวมาจะพบว่า การเรียนรู้ของผู้เรียนที่ผ่านแบบอย่างช่วยให้เกิดพฤติกรรมนั้น ผู้เรียนจะต้องได้สังเกตลักษณะพฤติกรรมต่างๆของแบบอย่าง แล้วเก็บไว้ในรูปของสัญลักษณ์ และจึงนำออกมาแสดงเป็นพฤติกรรมที่ให้ผลทางบวกในสถานการณ์นั้นตามแบบอย่าง หรือยับยั้งพฤติกรรมนั้นจากแบบอย่างที่มีผลทางลบ ซึ่งพฤติกรรมของแบบอย่างนั้นจะต้องมีลักษณะที่ชัดเจน มีความหมายต่อผู้สังเกต ไม่ซับซ้อน และสามารถที่สังเกตได้ง่าย (สุปรียา ต้นสกุล, 2540:61) นอกจากนี้การแสดงออกทางพฤติกรรมที่เกิดความชัดเจนจะต้องแสดงออกโดยเป็นพฤติกรรมหลัก พฤติกรรมนั้นเกินความจริง เป็นการแสดงออกของพฤติกรรมที่ซ้ำๆ และสามารถที่จะอธิบายถึงพฤติกรรมนั้นได้ (Mann Decker, 1984 อ้างถึงใน สุปรียา ต้นสกุล, 2540: 61)

ในทางการพยาบาล การที่จะได้พยาบาลที่มีคุณภาพจะต้องอาศัยกระบวนการผลิตพยาบาลจากสถาบันการศึกษาที่ให้การอบรม ดูแล ส่งสอนผู้ที่เรียนในสายวิชาชีพนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณภาพและบริการสังคมได้ อาจารย์พยาบาลจึงเป็นผู้หนึ่งที่ปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวต่อนักศึกษาพยาบาล โดยเฉพาะการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลที่ถือว่าเป็นหัวใจสำคัญในการเรียนรู้ เพื่อให้เกิดทักษะการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล อาจารย์พยาบาลจึงมีส่วนสำคัญในการเป็นแบบอย่างที่ต้องปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพกับผู้ป่วย ให้นักศึกษาพยาบาลได้สังเกตพฤติกรรมในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างถูกต้องและสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างเหมาะสมด้วย

## 5.2 บทบาทพยาบาลวิชาชีพ

การแสดงบทบาทของพยาบาลวิชาชีพที่กำหนดขึ้นตามกรอบแนวคิดทางการพยาบาล จะเป็นการกำหนดบทบาทที่พยาบาลจะแสดงออกเมื่อมีการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย อันจะส่งผลต่อเป้าหมายให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีและเห็นความสำคัญในการปฏิบัติการดูแลตนเองของผู้ป่วย ด้วย ฟาริดา อิบราฮิม (2535 :170-175) กล่าวว่า การปฏิบัติการพยาบาลนั้น พยาบาลต้องแสดงบทบาทของตน ทั้งที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการ ผู้ร่วมงาน และบุคคลที่เกี่ยวข้อง ให้เหมาะสมสอดคล้องกับความคาดหวังของวิชาชีพและสังคม

การแสดงบทบาทของพยาบาลที่มีต่อผู้รับบริการหรือผู้ป่วย เป็นออกถึงลักษณะของความเป็นพยาบาล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม ขณะพักรักษาในโรงพยาบาล ตลอดจนกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ซึ่งบทบาทของพยาบาลเมื่อปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยขณะให้การพยาบาลสามารถพบได้จากหลากหลายแนวคิดดังนี้

ฟาริดา อิบราฮิม (2535) ได้เสนอบทบาทของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล คือ

1. บทบาทให้การดูแล ซึ่งเป็นงานที่อิสระที่พยาบาลทำตัวเอง เช่น การดูแลความสะอาด ให้ความสุขสบาย การเคลื่อนไหว การพูดคุย การเปิดโอกาสให้ระบายความทุกข์ การดูแลให้ได้รับอาหาร การขับถ่าย การส่งเสริมการออกกำลังกาย ตลอดจนการส่งเสริมการปรับตัว ยอมรับสภาพการเจ็บป่วย และมีแรงกายแรงใจที่จะดูแลตนเองให้มีศักยภาพ สำหรับงานที่ไม่อิสระแต่พยาบาลจะต้องดูแล เช่น การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา ไม่ว่าจะเป็นการเตรียมตรวจวินิจฉัย การให้ยา การเตรียมผ่าตัด การใช้เทคโนโลยีต่างๆ และงานที่กึ่งอิสระที่พยาบาลต้องปฏิบัติการดูแลในบทบาทที่ก้ำกึ่งกันในระหว่างทีมสุขภาพ เช่น การร่วมมือกับนักกายภาพบำบัดในการฟื้นฟูสภาพ เป็นต้น
2. บทบาทครู พยาบาลมีหน้าที่ให้ความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้อง เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม รวมทั้งการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ การดูแลรักษาขณะเจ็บป่วย การฟื้นฟูเพื่อป้องกันความรุนแรงและพิการ ตลอดจนการปรับตัว พยาบาลจึงต้องอาศัยทักษะความเป็นครูในการประเมินความพร้อม และความพร้อมเพื่อการเรียนรู้ การวางแผนการสอน การสอนผู้ป่วยและครอบครัวทั้งการสอนเดี่ยวและสอนกลุ่ม ตลอดจนการประเมินผลหลักการสอน
3. บทบาทให้การปรึกษาหารือ การปรึกษาเป็นกระบวนการช่วยเหลือเพื่อตระหนักในภาวะเครียด และปรับได้เหมาะสม พยาบาลต้องมีทักษะในการสื่อสาร มีความเป็นผู้นำเพียงพอที่จะวิเคราะห์สถานการณ์ สังเคราะห์ข้อมูลและประสบการณ์ที่ผ่านเข้ามา ตลอดจนประเมินผลความก้าวหน้า
4. บทบาทผู้นำ เป็นการเชิญชวนให้ผู้อื่นเชื่อถือและปฏิบัติให้เป็นตามเป้าหมาย สุขภาพมีความสามารถสื่อสารให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน โดยเฉพาะในขณะที่มีความคับข้องใจเกิดขึ้น
5. บทบาทผู้จัดการ ในการปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยพยาบาลต้องทำหน้าที่บริหารพร้อมกันไปทั้งในด้านการบริหารคน บริหารการพยาบาล บริหารสภาพแวดล้อม เช่น กำหนดสายบังคับบัญชา จัดอัตรากำลัง มอบหมายงาน วินิจฉัยสั่งการ การจัดระบบการบริการพยาบาล การใช้กระบวนการพยาบาล การพัฒนาระบบนิเทศ การพัฒนาทีมการพยาบาล ระบบการบันทึกและการสื่อสารภายในหน่วยงาน และระหว่างหน่วยงาน

6. บทบาทผู้ร่วมงาน พยาบาลต้องทำงานร่วมกับทีมสุขภาพ พยาบาลจึงต้องปฏิบัติหน้าที่ผู้ร่วมงาน คือมีศักดิ์และสิทธิ์ไม่แตกต่างกัน โดยพยาบาลจะประสานให้เกิดความสอดคล้องในบทบาทที่ต้องปฏิบัติร่วมกัน จึงต้องมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ เรียนรู้งาน และเทคโนโลยีที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย และพัฒนาทักษะการดูแลที่สอดคล้องกับทิศทางการปฏิบัติการรักษาพยาบาลในทีมสุขภาพ

7. บทบาทที่ปรึกษาและขอคำปรึกษา การปรึกษาอาจเป็นทางการ หรือไม่เป็นทางการ แล้วแต่สภาพความต้องการความช่วยเหลือ อาจเป็นการหาแหล่งให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

8. บทบาทผู้เปลี่ยนแปลง พยาบาลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย หรือปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย ทั้งสภาพแวดล้อมที่บ้านและที่โรงพยาบาล

9. บทบาทผู้แทนผู้ป่วย พยาบาลอาจต้องเป็นตัวกลางระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ป่วยและแพทย์ เพราะพยาบาลทราบข้อมูลและปัญหาของผู้ป่วยทั้งหมด จึงสามารถให้การประคับประคองผู้ป่วยได้ใน 2 ลักษณะ เช่น ปฏิบัติหรือตัดสินใจในบทบาทของผู้ป่วยโดยตรง หรือให้โอกาสผู้ป่วยได้มีส่วนรับผิดชอบร่วมกันในการตัดสินใจ เพื่อการวางแผนดูแลตนเองที่เหมาะสม

10. บทบาทผู้ประสานด้านศาสนาและวัฒนธรรม พยาบาลต้องเรียนรู้ลักษณะ วัฒนธรรมและศาสนาของผู้ป่วย ซึ่งมีผลต่อการประพฤติปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เพื่อวางแผนการพยาบาลได้สอดคล้อง และปรับเปลี่ยนให้เข้ากับระบบความเชื่อของผู้ป่วย จะช่วยลดช่องว่างในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตของผู้ป่วยและญาติได้มาก

งามเอก ล้ามะนา (2539) ได้แบ่งบทบาทพยาบาลวิชาชีพออกเป็น 10 บทบาท คือ

1. บทบาทผู้ให้การดูแล เป็นกรณีที่พยาบาลวิชาชีพให้การดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมกับความต้องการพื้นฐานของบุคคลขณะเจ็บป่วยและโรคที่เป็นอยู่ การดูแลนั้นจะต้องครอบคลุม ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การดูแลและการรักษาพยาบาล การป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ โดยนำหลักวิชาการมาใช้ในการปฏิบัติ ได้แก่ กระบวนการพยาบาล และทฤษฎีการพยาบาล

2. บทบาทผู้นิเทศ เป็นกรณีที่พยาบาลวิชาชีพตรวจเยี่ยมผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการขณะเจ็บป่วยหรือขณะทำงาน ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยแก่ผู้ป่วยและญาติ ในด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันการโรค การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนการปรับตัวให้ยอมรับความจริง นิเทศนักศึกษาพยาบาลและบุคลากรในระดับที่ต่ำกว่า สร้างแรงจูงใจและเป็นความรู้ในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เสริมสร้างความเข้าใจใน



นโยบายของหน่วยงานแก่บุคลากรทุกระดับ ตลอดจนสามารถตัดสินใจให้ความช่วยเหลือผู้ที่อยู่ภายใต้การนิเทศได้อย่างเหมาะสม

3. บทบาทผู้นำ เป็นการที่พยาบาลวิชาชีพเรียนรู้บทบาทการเป็นกรรมการบริหาร หน่วยงานหรือสถาบัน ใช้อำนาจในตำแหน่งอย่างเหมาะสมทั้งอำนาจเฉพาะตัวจากคุณธรรม ความรู้ความสามารถ อำนาจในการชี้ชวนให้ผู้อื่นเชื่อถือและปฏิบัติตามเป้าหมายสุขภาพ อำนาจในการตัดสินใจ อำนาจในการให้รางวัลและการลงโทษ นำแนวคิดการเปลี่ยนแปลงเข้ามาใช้ในการปฏิบัติงาน เป็นแบบอย่างที่ดีแก่นักศึกษาพยาบาลและบุคลากรทุกระดับ สามารถบริหาร เวลาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เสริมสร้างให้ปริมาณและคุณภาพงานได้รับผลสูงสุด และมีส่วนร่วมใน กิจกรรมทางการเมืองการปกครอง

4. บทบาทผู้ร่วมงาน เป็นการที่พยาบาลวิชาชีพทำงานร่วมกับทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วย โดยมีการประชุมปรึกษาหารือและประสานงานร่วมกันกับหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ มีการติดต่อสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน เรียนรู้งานและเทคโนโลยีต่างๆ ที่ทันสมัย ปฏิบัติบทบาทผู้ร่วมงานได้ทั้งในด้านการเป็นผู้นำและผู้ตาม

5. บทบาทผู้จัดการ เป็นการที่พยาบาลวิชาชีพจัดวางนโยบายและแผนงานของหน่วยงาน ในด้านต่างๆ จัดระบบและจัดแบ่งโครงสร้างของหน่วยงาน ตลอดจนบริหารพร้อมกันไป ทั้งในด้าน บริหารคน บริหารการพยาบาล บริหารสภาพแวดล้อมและบุคลากรในระดับที่ต่ำกว่า ตลอดจน ติดต่อประสานงานกับบุคคล หน่วยงาน หรือองค์การที่เกี่ยวข้อง

6. บทบาทการเป็นที่ปรึกษา เป็นการที่พยาบาลวิชาชีพให้การช่วยเหลือผู้รับบริการที่มี ปัญหาให้เข้าใจปัญหาของตนเอง มองเห็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา และเลือกวิธีการแก้ปัญหา ของตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งสามารถพัฒนาตนเองได้สูงสุดเต็มศักยภาพของตนตลอดจน เป็นที่ปรึกษาในการพิจารณาแก้ไขปัญหาต่างๆภายในหน่วยงาน

7. บทบาทด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ เป็นการที่พยาบาลวิชาชีพมีคุณลักษณะเหมาะที่จะปฏิบัติงานวิชาชีพพยาบาล มีบุคลิกภาพที่ดี แต่งกายสะอาดเรียบร้อยมีสุขภาพอนามัยดี มีประพฤติกกรรมที่ดี มีความเหมาะสมพยายามในการทำงาน เสียสละเห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวม มากกว่าประโยชน์ส่วนตัว รักความยุติธรรม มีความเมตตากรุณา เห็นอกเห็นใจผู้อื่น มีคิดริเริ่ม สร้างสรรค์ ควบคุมอารมณ์ได้รับและรู้จักวางตนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ มีความรู้และทักษะ ทางการพยาบาลเป็นอย่างดี ตลอดจนมีความรู้สึกสำนึกในหน้าที่ที่รับผิดชอบ

8. บทบาทด้านจริยธรรม เป็นการที่พยาบาลวิชาชีพรักษาสีทึบของวิชาชีพให้ได้รับการรักษา อย่างครบถ้วนตามแผนการรักษา ปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพโดยใช้ศิลปะของความเอื้ออาทร เอาใจเขามาใส่ใจเรา สุภาพอ่อนโยน ให้เกียรติและเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้รับบริการ เข้าใจวัฒนธรรมและศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ การ



พยาบาล ปฏิบัติตามกฎระเบียบ และนโยบายของหน่วยงานโดยยึดมั่นตามจรรยาบรรณวิชาชีพ เรียนรู้ปัญหาจริยธรรมและสามารถตัดสินใจเมื่อเผชิญกับปัญหาจริยธรรมที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน

9. บทบาทนักวิชาการและวิจัย เป็นการที่พยาบาลวิชาชีพศึกษาหาความรู้เรื่องศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์อื่นๆที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนความเจริญความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีต่างๆในด้านการแพทย์ เข้าฝึกอบรม ประชุม และสัมมนาวิชาการต่างๆเป็นประจำ หาโอกาสศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น ติดตามการเปลี่ยนแปลงของสังคมและวิทยาศาสตร์การแพทย์โดยการอ่านเอกสารตำรา บทความ อย่างสม่ำเสมอ เป็นผู้ริเริ่มในการดำเนินงานวิชาการพยาบาล จัดทำเอกสาร คู่มือ ตำรา เขียนบทความทางวิชาการเผยแพร่ทั้งในและนอกหน่วยงาน ค้นคว้าวิจัยเพื่อสร้างคุณประโยชน์และความก้าวหน้าของวิชาชีพ

10. บทบาทสนับสนุนองค์กรวิชาชีพ เป็นการที่พยาบาลเรียนรู้กฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบตามหลักการวิชาชีพ ตลอดจนพัฒนาความรู้และวิธีการปฏิบัติให้ได้มาตรฐานของวิชาชีพ เป็นสมาชิกขององค์กรวิชาชีพ ได้แก่ สมาคมพยาบาล สมาคมพยาบาล และองค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ให้ความร่วมมือและสนับสนุนองค์กรวิชาชีพในด้านต่างๆ ตลอดจนติดตามความก้าวหน้าอย่างสม่ำเสมอ ดำรงไว้ซึ่งเกียรติและศักดิ์ศรีของวิชาชีพ ตลอดจนเผยแพร่ชื่อเสียงและคุณค่าของวิชาชีพให้เป็นที่ปรากฏแก่สังคม

สุขใจ ศรีเพียรอม (2539) ได้ให้เสนอบทบาทวิชาชีพพยาบาลไว้ 8 บทบาทคือ

1. บทบาทด้านการดูแล เป็นการดูแลที่พยาบาลวิชาชีพให้ความสนใจ ดูแลเอาใจใส่ช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย เป็นการให้การดูแลแบบองค์รวมโดยการคำนึงถึงกายจิตอารมณ์ และสังคม รวมทั้งด้านเศรษฐกิจ ศาสนา และความเชื่อของผู้ป่วย ซึ่งกระทำโยการใช้กระบวนการพยาบาล ในการประเมินและวินิจฉัยทางการแพทย์ วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลแก่ผู้ป่วย

2. บทบาทผู้สอน เป็นการที่พยาบาลวิชาชีพสอนหรืออธิบาย ทำการสาธิต ประเมินความก้าวหน้าของการเรียนรู้ และตอบข้อซักถามของผู้ป่วย และผู้ร่วมงานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม

3. บทบาทด้านให้คำปรึกษา เป็นการที่พยาบาล ทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และผู้ร่วมงาน โดยการรับฟังปัญหา พุดคุย และแนะนำวิธีการแก้ปัญหาเป็นรายบุคคล รายกลุ่ม อย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยการใช้ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลในลักษณะที่ให้ความอบอุ่น เป็นมิตร เปิดเผย และเกิดความร่วมมือกัน เพื่อให้บุคคลดังกล่าวเกิดการเรียนรู้ และเลือกแนวทางปฏิบัติในการจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม

4. บทบาทด้านการเป็นผู้นำ เป็นกรที่พยาบาลวิชาชีพ ใช้ความสามารถในการอิทธิพลเหนือผู้อื่น โน้มน้าว ประสานงาน ให้ผู้ป่วย ญาติ และผู้ร่วมงานเกิดความกระตือรือร้น และให้ความร่วมมือในการวางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามความมุ่งหมายที่ได้ตั้งไว้ โดยใช้แบบของความ เป็นผู้นำและพฤติกรรมผู้นำ ตามความเหมาะสมกับสถานการณ์การพยาบาล

5. บทบาทผู้จัดการ เป็นกรที่พยาบาลวิชาชีพ ใช้ความรู้ความสามารถในการวางแผน งาน จัดระบบการพยาบาล จัดอัตรากำลัง ประสานงาน มอบหมายงาน นิเทศการปฏิบัติงาน ทั้งภายในหน่วยงานและนอกหน่วยงาน โดยมีเป้าหมายเพื่อสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวและมุ่ง ความสุข ความพึงพอใจของบุคลากรในหน่วยงาน

6. บทบาทด้านการให้และรับข้อมูลข่าวสาร เป็นกรที่พยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่ แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และผู้ร่วมงาน ทั้งในและภายนอกหน่วยงานโดย การรับฟัง และชี้แจงให้ทราบในเรื่องการรักษาพยาบาล โดยมีการรวบรวมข้อมูลข่าวสารอย่าง ถูกต้อง มีการจัดเก็บข้อมูลข่าวสารของผู้ป่วยไว้เป็นลายลักษณ์อักษร พร้อมทั้งมีการนำข้อมูล ข่าวสารที่ได้รวบรวมไว้แล้วอย่างถูกต้อง มาใช้ประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาลต่อไป

7. บทบาทด้านการตัดสินใจ เป็นกรที่พยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่ประเมินอาการของผู้ป่วย ทำการวางแผนในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วย โดยพิจารณาถึงปัญหาของผู้ป่วยค้นหาวิธีการใน การแก้ปัญหาให้ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยและผู้ร่วมงาน โดยในบางสถานการณ์พยาบาลวิชาชีพ ทำ การตัดสินใจ โดยลำพัง บางสถานการณ์ทำการตัดสินใจร่วมกับผู้ร่วมงานและสมาชิกในที่มสุขภาพ

8. บทบาทด้านการเป็นผู้แทนผู้ป่วย เป็นกรที่พยาบาลวิชาชีพให้การประคับประคอง ปกป้อง สนับสนุนสิทธิผู้ป่วย และปกป้องสิทธิทางกฎหมายแก่ผู้ป่วย ทำหน้าที่เป็นผู้แทนของ ผู้ป่วย โดยเป็นตัวกลางระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว หรือเป็นตัวกลางระหว่างผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล และผู้เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาเอกสารดังกล่าวและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดเรื่องบทบาทพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งอาจารย์พยาบาลก็ต้องปฏิบัติบทบาทพยาบาลต่อผู้ป่วยเช่นกัน และเพื่อการเป็นแบบอย่างของ การปฏิบัติการพยาบาลในการสื่อสารกับผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กของอาจารย์พยาบาลนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำเสนอบทบาททางวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาลที่อาจารย์พยาบาลควรแสดงออก เพื่อการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กโดยใช้เกณฑ์จากการที่มีผู้กล่าวบทบาทที่ซ้ำๆกัน บทบาทนั้นมองเห็น เป็นรูปธรรม มีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยเด็กชัดเจน และสามารถแสดงออกทางการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ได้ทั้งการใช้วัจนภาษาและอวัจนภาษา ซึ่งครอบคลุมใน 4 ด้าน ดังนี้

ด้านการดูแล หมายถึง การที่อาจารย์พยาบาลให้ความสนใจ เอาใจใส่ดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยเด็ก ขณะให้การพยาบาลด้วยการสัมผัสอย่างนุ่มนวลอ่อนโยน ให้ความสม่ำเสมอใน การดูแล พุดคุยเป็นกันเองด้วยการเรียกชื่อเล่นของเด็ก รับฟังการปฏิเสธในรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

เด็ก ซึ่งชมเมื่อเด็กร่วมมือรักษาพยาบาลหรือปฏิบัติตนอย่างถูกต้องในการรักษาพยาบาล รวมทั้งการสังเกตพฤติกรรมต่างๆของเด็ก เช่น การจ้องมอง การสัมผัส และการนั่งนิ่งๆ

ด้านการเป็นผู้สอน หมายถึง การที่อาจารย์พยาบาลสอน อธิบาย และตอบคำถามของผู้ป่วยเด็กด้วยภาษาที่เด็กเข้าใจง่าย การให้เวลาในการอธิบายหรือซักถามในสิ่งที่สอน การใช้ น้ำเสียงสูงๆต่ำๆ การใช้สื่อประกอบ เช่น ตุ๊กตา หนังสือการ์ตูน ของเล่น รูปภาพ เป็นต้น รวมทั้งแนะนำกฎระเบียบของโรงพยาบาลและชื่อของอาจารย์พยาบาล

ด้านการให้คำปรึกษา หมายถึง การที่อาจารย์พยาบาลให้เวลาในการรับฟังเรื่องราว ปัญหาจนเด็กเล่าจบหรือข้อสงสัยในการรักษาพยาบาล การแสดงออกด้วยท่าทางถึงความ เป็นมิตร แสดงท่าทางของความยินดีที่จะรับฟัง การสบตาเป็นระยะๆ รวมทั้งการยืนหรือนั่งในระดับ สายตาของผู้ป่วยเด็ก

ด้านการเป็นผู้แทนผู้ป่วย หมายถึง การที่อาจารย์พยาบาลรักษาสิทธิของผู้ป่วยเด็กโดยการ เป็นตัวกลางระหว่างผู้ป่วยเด็กกับครอบครัว หรือผู้ป่วยเด็กกับแพทย์ พยาบาลหรือบุคคลที่ เกี่ยวข้อง ปกป้องอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็ก ส่งเสริมและสนับสนุนพัฒนาการของผู้ป่วยเด็ก

## 6. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก

### 6.1 ความหมายพฤติกรรมสื่อสาร

กนกรัตน์ สุชะตุงคะ (2540 : 25) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมว่า หมายถึง การแสดงออก ที่สามารถมองเห็นได้

ถิรนนท์ อนวัชศิริวงศ์ (2528: 5) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสื่อสารว่า เป็น การแสดงให้เห็นสหสัมพันธ์ระหว่างระบบปฏิสัมพันธ์ที่เป็นรูปธรรม ได้แก่ พฤติกรรมที่ปรากฏในการ สื่อสารกันของมนุษย์ เช่น การใช้คำพูด สายตา น้ำเสียง กับระบบความคิดจิตใจของมนุษย์ ได้แก่ พฤติกรรมที่เป็นนามธรรมทั้งหลาย เช่น ความรู้สึกผูกพันรักใคร่ พฤติกรรม การ สื่อสารนี้จะปรากฏออกมาในแบบปฏิสัมพันธ์ของบุคคล ซึ่งแบบแผนพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ร่วม ของคนโดยทั่วไป

ขวัญเรือน กิตติวัฒน์ (2531 : 91) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสื่อสารไว้ว่า หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกซึ่งสัญลักษณ์ ที่มีลักษณะบ่งบอกว่าเป็นการสื่อความหมาย โดยอาศัยกระบวนการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนข่าวสาร ความรู้สึกนึกคิดทัศนคติ ตลอดจน ประสบการณ์ระหว่างกันและกัน เพื่อวัตถุประสงค์หลัก คือความเข้าใจตรงกัน

สุขใจ ศรีเพียรเอม (253: 42) กล่าวถึงพฤติกรรมสื่อสารว่า เป็นลักษณะที่แสดงออกทางกิริยา ท่าทางคำพูด สายตา ร่วมกับความรู้สึกนึกคิด ซึ่งเป็นพฤติกรรมในลักษณะรูปธรรมและนามธรรมในการติดต่อสื่อสารกัน โดยอาศัยกระบวนการสื่อสารในการสื่อความซึ่งกันและกัน

จากที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า พฤติกรรมสื่อสาร หมายถึง การที่ผู้ส่งสารแสดงออกทางกิริยา ท่าทาง คำพูด สายตา ร่วมกับความรู้สึกนึกคิด เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลที่บอกถึงความต้องการของตนเองและการตอบสนองจากสารที่ได้รับไปยังผู้รับสารต่อไป

พฤติกรรมสื่อสารสามารถจำแนกเป็นกระบวนการได้ 2 ลักษณะดังนี้

พฤติกรรมปกปิด หรือพฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) หมายถึง พฤติกรรมสื่อสารที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้จากภายนอก เกิดจากกระบวนการภายในตัวบุคคล เกี่ยวกับระดับสติปัญญา จิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก ฯลฯ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมสื่อสารในแง่ของการเรียนรู้ การจดจำ การคิด การตัดสินใจ ฯลฯ

พฤติกรรมเปิดเผย หรือพฤติกรรมภายนอก (overt Behavior) หมายถึง พฤติกรรมสื่อสารที่สามารถสังเกตเห็นได้จากภายนอก เกิดจากกระบวนการที่คนเรามีปฏิสัมพันธ์กับปรากฏการณ์ เหตุการณ์ หรือสรรพสิ่งที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อม อันทำให้พฤติกรรมสื่อสารจะ ปรากฏออกมาในรูปแบบของพฤติกรรมพูด การเขียน การหัวเราะ การแสดงสีหน้า การแต่งกาย เป็นต้น

ในการศึกษาถึงพฤติกรรมสื่อสารของมนุษย์ ก็เช่นเดียวกับการศึกษาปรากฏการณ์อื่นๆ คือ จะต้องอาศัยแบบจำลองของการสื่อสาร เพื่อช่วยให้เห็นองค์ประกอบและกระบวนการต่างๆ (บุญศรี ปราบณศักดิ์ และ ศิริพร จริวัฒน์กุล (2536 : 19) เช่นเดียวกับการสื่อสาร

## 6.2 การประเมินพฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก

เด็กเป็นวัยที่ยังมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้จำกัด และเมื่อเด็กเจ็บป่วย ความสามารถที่จะช่วยเหลือตนเองก็ยิ่งจะลดลงมากขึ้น บวกกับวุฒิภาวะและพัฒนาการที่จำกัด อีกทั้งยังต้องการความช่วยเหลือจากผู้ใหญ่มากขึ้นด้วย พยาบาลเป็นบุคลากรหนึ่งที่มีความใกล้ชิดผู้ป่วยเด็กมากที่สุดในที่มสุขภาพ เพื่อให้การช่วยเหลือของพยาบาลได้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเด็กได้ตรงและเหมาะสม การแสดงออกทางพฤติกรรมสื่อสารของพยาบาลจึงเป็นวิธีหนึ่งที่เชื่อมสัมพันธ์กับผู้ป่วยเด็กได้ พฤติกรรมสื่อสารที่แสดงออกพบได้ 2 ลักษณะแบบสัมพันธ์ภาพ คือ วจนะ (Verbal) และอวจนะ (Non Verbal) (Arnold and Boggs, 1989 : 210) ซึ่งจากการศึกษาพฤติกรรมสื่อสาร ของ พิชชูดา วิรัชพินทุ (2534) และ สุขใจ ศรีเพียรเอม (2539) ก็ได้ประเมินพฤติกรรมสื่อสารออกทั้งด้านวจนะภาษาและด้าน อวจนะภาษา ดังนั้นในการวิจัยครั้งผู้วิจัยจึงได้แบ่งการประเมิน

พฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาลไว้ 2 ด้าน โดยประยุกต์ใช้ตามแนวคิดสัมพันธภาพเพื่อการช่วยเหลือทั้งในประเทศและต่างประเทศ (บุญศรี ปรารภณศักดิ์ และ ศิริพร จิรวัดนนกุล, 2536 : 76-85 ; พิไลรัตน์ ทองอุไร, 2529 : 39-48; Roger, 1976 citde in McQueen ,2000:723-731; Carson and Arnold ,1996 :234-245) ที่จะส่งเสริมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กได้ ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ด้านวัจนภาษา หมายถึง การสื่อสารของนักศึกษาพยาบาลเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลด้วยคำพูด โดยครอบคลุม 3 ลักษณะ คือ

1. การพูดเพื่อเข้าถึงความรู้สึก หมายถึง การที่นักศึกษาพยาบาลพูดสะท้อนความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วยเด็กที่แสดงออกทางพฤติกรรม
2. การพูดเพื่อการช่วยเหลือ หมายถึง การที่นักศึกษาพยาบาลพูดกับผู้ป่วยเด็กในเรื่องเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการปฏิบัติตนขณะการรักษาพยาบาลตามวัยของผู้ป่วยเด็ก การให้กำลังใจปลอบใจกับผู้ป่วยเด็ก การเป็นผู้แทนเด็กในการสื่อสารความต้องการของผู้ป่วยเด็กกับครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ตลอดจนการยินดีรับฟังเรื่องราว ปัญหาและตอบคำถามของผู้ป่วยเด็ก
3. การพูดเพื่อส่งเสริมการมีคุณค่า หมายถึง นักศึกษาพยาบาลพูดกับผู้ป่วยเด็กที่แสดงถึงการยอมรับผู้ป่วยเด็กและการเคารพความเป็นบุคคลของเด็ก ด้วยการรักษาความลับ กล่าวขอโทษเมื่อรบกวนความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยเด็ก การยอมรับพฤติกรรมที่แสดงออกทางลบของเด็ก และส่งเสริมพฤติกรรมทางบวกของเด็กด้วยการยกย่องชมเชยหรือให้แรงจูงใจทางบวก

ด้านอวัจนภาษา หมายถึง การสื่อสารของนักศึกษาพยาบาลโดยใช้ลักษณะทางร่างกายโดยครอบคลุม 7 ลักษณะ คือ

1. กิริยาท่าทาง หมายถึง การเคลื่อนไหวของร่างกายที่แสดงด้วยท่าที่นุ่มนวล ยิ้มแย้มทักทาย แสดงสีหน้าที่สอดคล้องกับเรื่องราวหรือสถานการณ์
2. การแสดงออกทางสายตา หมายถึง การใช้สายตาที่มีแสดงถึงความเป็นมิตรด้วยการสบตา การมองเป็นระยะๆ เมื่ออยู่ห่างกัน
3. การสัมผัส หมายถึง การแสดงออกด้วยการจับต้อง อุบค้ำอย่างนุ่มนวลและเหมาะสมกับสถานการณ์
4. น้ำเสียง หมายถึง การแสดงออกด้วยน้ำเสียงขณะพูดด้วยน้ำเสียงที่ไพเราะนุ่มนวล ระดับจังหวะที่ดึงดูดน่าสนใจของผู้ป่วยเด็ก
5. ระยะห่าง หมายถึง การแสดงออกด้วยการใช้ระยะความใกล้ชิดของร่างกายเป็นเกณฑ์ในขณะสื่อสารระหว่างนักศึกษาพยาบาลกับผู้ป่วยเด็กตามวัย โดยการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยเด็ก แสดงถึงการเอาใจใส่ ใ้วางใจ การอยู่ไกลจากผู้ป่วยเด็กแสดงถึงการไม่เอาใจใส่ ละเลย



ซึ่งแบ่งระยะความใกล้ชิดดังนี้ ความใกล้ชิดมาก ระยะ 0 – 18 นิ้ว ระยะห่างระหว่างบุคคล 18 นิ้ว - 4 ฟุต และระยะห่างในสังคม 4-12 ฟุต

6. การให้เวลากับผู้ป่วยเด็ก หมายถึง การแสดงออกโดยใช้เวลาพูดคุยกับผู้ป่วยเด็กด้วยการให้เวลารับฟังจนเด็กพูดจบ การพูดคุยเรื่องราวต่างๆ ซ้ำให้ได้กับฟังและตามความต้องการของผู้ป่วยเด็ก

7. อุปกรณ์ที่สัมผัสกับผู้ป่วยเด็ก หมายถึง ผ้าที่ใช้กับผู้ป่วยเด็ก เช่น เสื้อผ้า ผ้าปูเตียง ปลอกหมอน ผ้าห่ม เป็นต้น ที่มีสะอาดอ่อนนุ่ม มีขนาดเหมาะสมกับตัวเด็ก การอนุญาตให้ผู้ป่วยเด็กใช้เสื้อผ้าหรือผ้าห่มของตนเอง และการดูแลจำนวนผ้าที่ใช้กับผู้ป่วยเด็กให้เพียงพอ

## 7. ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสื่อสารกับเด็ก

7.1 อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คนเรามีความแตกต่างกันในด้านความคิด และพฤติกรรมที่แสดงออกเพื่อการตอบสนองกับสิ่งแวดล้อมหรือบุคคล เนื่องจากบุคคลที่มีอายุมากผ่านประสบการณ์ชีวิตที่ยาวนาน ย่อมจะมีความคิดพิจารณาอย่างรอบคอบและแสดงออกทางพฤติกรรมเพื่อตอบสนองของการสื่อสารต่างจากบุคคลที่อายุน้อยกว่า และบุคคลที่อายุน้อยกว่าจะแสดงออกเพื่อการตอบสนองของการสื่อสารเปลี่ยนไปเมื่ออายุมากขึ้น (Myers and Myers ,1982 อ้างถึงใน พิษชุตตา วิรัชพิณฑุ, 2534 : 30 ;ปรมะ สตะเวทิน, 2526: 105) วัยรุ่นอายุตั้งแต่ 13 – 20 ปี เป็นวัยที่เป็นหัวเลี้ยวหัวต่อจากวัยเด็กมาสู่วัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นระยะของการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะจิตใจ ที่มีความต้องการอิสรภาพ ต้องการเป็นเหมือนผู้ใหญ่ ทำให้เป็นวัยที่มีจินตนาการสูง มีความคิดกว้างไกลพยายามที่จะแสวงหาความรู้ใหม่ๆ เพื่อเพิ่มความสามารถของตนเอง แต่ด้วยความที่มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย มีความในสนใจตนเอง และชอบสนุกสนานกับเพื่อน ทำให้ความสามารถในการแสดงออกทางพฤติกรรมของวัยรุ่นที่จะสื่อสารเพื่อช่วยเหลือผู้อื่นยังมีจำกัด วัยผู้ใหญ่ อายุตั้งแต่ 21-40 ปีเป็นวัยที่มีความเจริญต่างๆถึงขีดสุด มีความคล่องแคล่วว่องไวและอดทน มีความสามารถในการทำงานได้เต็มที่ มีวุฒิภาวะในการสร้างครอบครัวและอบรมเลี้ยงดูบุตร สามารถปรับตัวให้เข้ากับทุกสถานการณ์ได้ดี ด้วยการเรียนรู้และเข้าใจปัญหาอย่างรวดเร็ว (สุชา จันท์นเอม, 2540 : 50 - 54) ทำให้สามารถเข้าใจและปรับตัวเองให้เข้าถึงทุกสถานการณ์ได้อย่างง่าย รวมทั้งสามารถแสดงออกทางพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม ดังที่ เฉลิม วงษ์จันทร์ (2539) ได้ศึกษาว่าอายุของผู้ดูแลเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสนองตอบความต้องการในการดูแลตนเองของเด็กสมองพิการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## 7.2 ลำดับพี่น้องในครอบครัว เป็นปัจจัยหนึ่งที่พบว่ามีความเกี่ยวข้องกับ

ความสามารถในการสื่อสาร ศรีเรือน แก้วกังวาล (2519:126) กล่าวว่า ครอบครัวที่มีบุตรหลายคน คนโตกับคนสุดท้องมักพูดเก่ง เนื่องจากคนโตเมื่อเกิด พ่อแม่จะตื่นตื่นเอาใจใส่มาก ส่วนคนเล็กก็มีโอกาสเลียนแบบจากพี่น้องหลายๆคน และพ่อแม่อาจมีเวลาเอาใจใส่มากด้วย สำหรับคนกลางจะไม่ค่อยได้รับโอกาสดังที่กล่าวมา และในครอบครัวที่มีบุตรคนเดียว เด็กจะพูดได้เร็วกว่าคนวัยเดียวกันที่มีพี่น้องมาก

## 7.3 ประสบการณ์ในการเลี้ยงเด็ก เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่บุคคลมีความแตกต่างกัน

เมื่อบุคคลที่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็กก็สามารถที่เลี้ยงดูและเรียนรู้ภาษาท่าทางของเด็กเพื่อตอบสนองความต้องการของเด็กได้ ดังที่ Reeder et al. (1980 :27) กล่าวว่า ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารกของมารดา ทำให้เพิ่มโอกาสที่มารดาจะได้เรียนรู้และคุ้นเคยต่อการดูแลทารกมาก่อน ซึ่งต่างจากมารดาที่ขาดประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารก ทำให้มีความวิตกกังวล ไม่มั่นใจในการแสดงบทบาทความเป็นแม่ และไม่แน่ใจว่าจะสามารถตอบสนองความต้องการของทารกได้ถูกต้องหรือไม่ ดังที่ นิลบล รุจิระประเสริฐ (2539: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาว่าประสบการณ์เลี้ยงดูทารกมีความสัมพันธ์กับการแสดงบทบาทการเป็นมารดา

## 8. วิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 8.1. วิจัยภายในประเทศไทย

นฤมล ปทุมรักษ์ (2529) ได้วิเคราะห์พฤติกรรมการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพจำนวน 30คน ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลของรัฐ ในกรุงเทพมหานคร โดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม พบว่า พฤติกรรมการพยาบาลขณะให้การพยาบาลผู้ป่วยที่รู้สติและไม่รู้สติ ด้านการแสดงออกทางสีหน้าและสายตา ด้านการพูดที่แสดงความเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย การพูดที่ระดับประคองจิตใจของผู้ป่วย และด้านการสัมผัสผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนด้านกิริยาท่าทางที่แสดงความเอาใจใส่การยอมรับผู้ป่วย และด้านการมีระยะห่างพยาบาลกับผู้ป่วยขณะให้การพยาบาลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จารุวรรณ เอกอรรถผล (2530) ได้วิเคราะห์ปฏิกริยาสัมพันธ์ของพยาบาลกับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยจิตเวช ด้วยการสังเกตแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน พบว่าการมีปฏิสัมพันธ์ส่วนใหญ่ คือการพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วย และเรื่องทั่วไป สถานการณ์

ของการมีปฏิสัมพันธ์น้อยที่สุด คือขณะที่พยาบาลช่วยแพทย์ในการรักษาผู้ป่วย ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์นั้น พยาบาลมักจะเริ่มต้นการมีปฏิสัมพันธ์มากกว่าผู้ป่วย เรื่องการใช้เวลาในสถานการณ์สร้างสัมพันธภาพเพื่อการรักษาใช้มากที่สุด แต่ในสถานการณ์ทักทายปราศรัยเพื่อให้เกิดบรรยากาศที่ดีใช้เวลา น้อยที่สุด พฤติกรรมด้านอารมณ์ที่แสดงออกต่อผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีลักษณะเอาจริงเอาจัง น้อยที่สุด คือ การวิพากษ์วิจารณ์ พฤติกรรมด้านอารมณ์ที่แสดงออกต่อผู้ป่วย มีลักษณะส่วนใหญ่ พยาบาลมักจะให้ความสนใจตามลักษณะงานประจำ ส่วนน้อยที่พยาบาลให้ความสนใจในลักษณะ หลีกเลี้ยง และตามบทบาทของพยาบาลจิตเวช และเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมด้านต่างๆของ พยาบาล ทั้งที่เคยและไม่เคยรับการศึกษาต่อเฉพาะทางการพยาบาลจิตเวช พบว่าทั้งสองกลุ่มนั้น ส่วนใหญ่ให้ความสนใจผู้ป่วยตามลักษณะงานประจำ และมีลักษณะอารมณ์แบบเอาจริงเอาจัง นอกจากนี้พยาบาลที่เคยได้รับการศึกษาต่อเนื่องเฉพาะทางพยาบาลจิตเวชส่วนใหญ่จะเน้นที่จิตใจ และที่พบน้อยที่สุดคือพฤติกรรมเน้นที่ร่างกาย แต่ในพยาบาลที่ไม่เคยรับการศึกษาต่อเนื่องเฉพาะ ทางพยาบาลจิตเวชส่วนใหญ่จะเน้นที่ร่างกาย ส่วนน้อยเน้นที่จิตใจ

พิชชชดา วิรัชพินทุ (2534) ศึกษาพฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลกับผู้ป่วยแผนกแพทย เวร-ฉุกเฉินตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการสื่อสารตามแนวคิด และทฤษฎีในการติดต่อสื่อสารเพื่อการช่วยเหลือรักษาระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย จากการความ คิดเห็นพยาบาลจำนวน 100 คน ผู้ป่วย จำนวน 150 คน พบว่าพยาบาลมีพฤติกรรมการ สื่อสารที่ยังไม่เหมาะสมคือ พยาบาลด่วนยุติการสนทนาทั้งที่ผู้ป่วยพูดยังไม่จบ ไม่ให้เวลาผู้ป่วย ชักถามหรือระบายความรู้สึก ไม่มีการพูดปลอบโยน ชักถามปัญหาผู้ป่วยหรือชี้แจงเหตุผลของการ รอคอยเพื่อปรึกษาแพทย์ให้ผู้ป่วยทราบ รวมทั้งพยาบาลยังให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วยน้อย มาก

เรวดี ลือพงศ์ลักษณ์ (2535) ได้ทำการวิเคราะห์พฤติกรรมของพยาบาลขณะมีปฏิสัมพันธ์ กับผู้ป่วยในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ด้วยการสังเกตพฤติกรรมของ พยาบาลในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในพฤติกรรมด้านกิริยาท่าทาง คำพูด และน้ำเสียง จาก สถานการณ์ 4 สถานการณ์ที่พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือ การซักถามอาการผู้ป่วยและการ พูดคุยในชีวิตประจำวัน การให้การพยาบาลตามแผนการรักษา การดูแลเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคล และการให้ความรู้ด้านสุขภาพหรือการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ซึ่งพบว่าการ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะเกิดในสถานการณ์ที่ให้การพยาบาลตาม แผนการรักษา และส่วนน้อยเกิดในสถานการณ์ให้การดูแลเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคล รวมทั้งการ มีปฏิสัมพันธ์ส่วนใหญ่พยาบาลมักเป็นผู้เริ่มต้นการมีปฏิสัมพันธ์และเวลาที่ใช้ในการมีปฏิสัมพันธ์ พยาบาลใช้เวลานานที่สุดในสถานการณ์เกี่ยวกับการให้การพยาบาลตามแผนการรักษา และเมื่อ วิเคราะห์พฤติกรรมของพยาบาลขณะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย พบว่า การมีปฏิสัมพันธ์แบบภาวะความ

เป็นพ่อแม่แบบช่วยเหลือ มีความสัมพันธ์กับสถานการณ์การชักถามอาการผู้ป่วยและการพูดคุยในชีวิตประจำวัน การให้การพยาบาลตามแผนการรักษา และการดูแลเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคล และการมีปฏิสัมพันธ์แบบภาวะผู้ใหญ่มีความสัมพันธ์กับสถานการณ์การให้ความรู้ด้านสุขภาพหรือการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุภรณ์ ลิ้มวิภาวีนันต์ (2535) ศึกษาเจตคติต่อผู้ป่วยสูงอายุและพฤติกรรมของพยาบาลขณะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยสูงอายุ ด้วยการสอบถามพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติในหอผู้ป่วยสามัญแผนกอายุกรรมและศัลยกรรมทั้งไปในโรงพยาบาลของรัฐ 5 แห่ง เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 100 คน พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีเจตคติทางบวกต่อผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ แต่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง และมีพฤติกรรมขณะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง โดยพบว่า พฤติกรรมเกี่ยวกับการสนทนาซักถาม ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การให้เวลากับผู้ป่วย สำหรับพฤติกรรมในการสนทนา ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดในเรื่องที่สนใจ และการให้ผู้ป่วยมีความคิดอิสระในการตัดสินใจ ส่วนพฤติกรรมด้านให้ความสนใจข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การฟังเพื่อรวบรวมข้อมูลที่ถูกต้อง ซักถามเมื่อไม่แน่ใจ และการสรุปให้ฟังซ้ำอีกครั้ง จัดอยู่ในระดับที่ไม่เหมาะสม และพฤติกรรมการดูแลคนทั้งคน ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การสนทนากับความต้องการของผู้ป่วย เช่น ความต้องการใช้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จัดอยู่ในระดับเหมาะสมน้อย รวมทั้งพบว่า เจตคติต่อผู้ป่วยสูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของพยาบาลขณะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลในระดับค่อนข้างต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิลเลียม วิมุกตายน (2538) สัมภาษณ์พฤติกรรมการสื่อสารทางวาจาของพยาบาลประจำตึกผู้ป่วยสามัญที่สุ่มจากโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ จำนวน 240 ราย พบว่า พยาบาลยังพูดจาไม่สุภาพ ร้อยละ 27.50 พูดโดยไม่คิดก่อนและไม่แสดงความเป็นมิตร ร้อยละ 27.92 ใช้คำพูดไม่ถูกกาลเทศ เช่น พูดภาษาเข้าใจยาก พูดศัพท์เทคนิค พูดไม่ถูกกาลเทศ และการพูดซ้ำซาก ร้อยละ 15.83 และไม่มีการอธิบายที่ชัดเจน เช่น ไม่อธิบาย ไม่ตอบ (นิ่ง) ไม่เปิดโอกาสให้พูด และไม่ฟัง ร้อยละ 15.83

สุขใจ ศรีเพียรเอม (2539) ที่ศึกษาพฤติกรรมการสื่อสารพยาบาลวิชาชีพบนหอผู้ป่วยออโรโอบิดิส โดยใช้แบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจผู้ป่วยออโรโอบิดิส ซึ่งยังพบว่า มีพฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลเชิงวัจนะภาษาทางลบตามลำดับดังนี้ เรียกผู้ป่วยโดยไม่มีสรรพนามนำหน้ามากที่สุด รองลงไปคือ ออกคำสั่ง บังคับและข่มขู่, ดุ และการใช้ศัพท์เทคนิคในการสื่อสารการสื่อสารกับผู้ป่วย พฤติกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะภาษาทางลบ เช่น ด้านอาการภาษา (การเคลื่อนไหว) จะมีการยื่นขี้นิ้ว กอดอก ทำวสะแหว มือไลหลังมากที่สุด รองลงไปคือการปฏิบัติกรพยาบาลอย่างกระแทกกระทั้น, คุย



กันเอง / ออกไปทำธุระอย่างอื่นขณะปฏิบัติกรรพยาบาล, หยิบจับสิ่งของข้ามตัวผู้ป่วย และแสดงอาการรังเกียจผู้ป่วย (เบ้หน้าขณะทำแผล ถอนหายใจ ฯลฯ) ตามลำดับ หรือด้านปริภาษา (น้ำเสียง) จะมีการพูดเสียงดัง เน้นเสียง กระแทกเสียง เสียงแข็ง, พูดประชดประชัน กระทบทกระเทียบเปรียบเทียบ, น้ำเสียงไม่นุ่มนวล พูดห้วนไม่มีหางเสียง และพูดเสียงเบาได้ยินไม่ชัด เป็นต้น

บังอร ศิริบูรณะภานนท์ (2540) ศึกษาพฤติกรรมกรรพยาบาลแบบสนับสนุน ควบคุมประครองในระยะคลอดตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้คลอด ด้วยการสอบถาม พฤติกรรมกรรพยาบาล จากกลุ่มมารดาครรภ์แรก 150 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร 75 คน พบว่าพฤติกรรมพยาบาลด้านข้อมูล ข่าวสาร ผู้คลอดได้รับการปฏิบัติจากพยาบาลในระดับน้อย เช่น เป็นสื่อกลางระหว่างผู้คลอดกับญาติ ตลอดเวลาที่อยู่ในห้องคลอด และรองลงไปคือการบอกกฎระเบียบของโรงพยาบาล ด้านความสุขสบายและความปลอดภัย ผู้คลอดได้รับการปฏิบัติจากพยาบาลน้อยที่สุด คือ การดูแลความสะอาดปากฟัน และรองลงไปคือการช่วยเหลือโดยการนวดหลัง นอกจากนี้ยังพบอีกว่าพยาบาลบางคนที่ทำให้การพยาบาลแก่ผู้คลอด มีสีหน้าที่ดูหรือเฉยเมย

ปริญดา ศิริราพิพัฒน์ (2540) ศึกษาพฤติกรรมกรรพการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของนักศึกษาพยาบาล กรณีศึกษาพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท ตามการรับรู้ของกลุ่มนักศึกษาพยาบาลและผู้สูงอายุ จำนวนกลุ่มละ 10 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก แบบบันทึกรายงานการดูแลผู้ป่วย และการจัดสนทนากลุ่ม พบว่า พฤติกรรมกรรพการดูแลผู้ป่วยสูงอายุตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลและผู้สูงอายุตรงกันโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อถามถึงการปฏิบัติจริงในการดูแลผู้สูงอายุพบว่า ด้านความสามารถในการปฏิบัติงานส่วนใหญ่ไม่ได้นำความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติ ด้านความเห็นอกเห็นใจ ที่ส่วนใหญ่ปฏิบัติด้วยการพูดคุยซักถาม ร่วมกับการสัมผัสจับต้องตัว การตั้งใจฟัง การเฝ้าอยู่ดูแล และการให้เวลาไม่เร่งรีบ จะปฏิบัติเฉพาะเมื่อมีเวลาพอ ด้านเชื่อมั่นไว้วางใจ นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มั่นใจในการปฏิบัติงาน จากที่ไม่มีความรู้เพียงพอและไม่เคยปฏิบัติงานการดูแลในกิจกรรมนั้น ประกอบกับบทบาทที่ดำรงเป็นเพียงนักศึกษาฝึกหัด จึงทำให้ได้รับความไว้วางใจจากผู้สูงอายุน้อยลงได้ และด้านการให้คุณค่า ศักดิ์ศรีความเป็นบุคคล นักศึกษาพยาบาลมีการรับรู้และปฏิบัติน้อยที่สุด ในเรื่องการบอกวัตถุประสงค์หรือการให้เหตุผลการปฏิบัติ นอกจากนี้ยังพบว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนระดับสูง มีเจตคติทางบวกต่อผู้สูงอายุ มีบุคลิกท่าทาง แจ่มใส ปรับตัวและควบคุมตนเองได้ มีผู้สูงอายุในครอบครัว มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุมาก่อน มีพฤติกรรมดูแลดีกว่า ผู้ที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนระดับปานกลาง มีเจตคติทางลบต่อผู้สูงอายุ มีบุคลิกพูดน้อย เงียบ



ขรั้ม ปรับตัวและควบคุมตนเองได้น้อย ไม่มีผู้สูงอายุในครอบครัว และไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุมาก่อน

## 8.2. วิจัยต่างประเทศ

Camden and Kennedy (1986 cite in Kennendy, camden and Timmerman,1990) ได้ศึกษารูปแบบการจัดการการสื่อสารและจรรยาบรรณของพยาบาล ด้วยสอบถามจากพยาบาล จำนวน 1580 คน จากคำถาม 15 ข้อ พบว่า พยาบาลใช้เวลาในการทำงานเต็มที่ 80.0 % สำหรับการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรักษา 28.4 % การทำหัตถการ 23.5 % การดูแลผู้ป่วย 10.8 % และการให้กำลังใจ การสนับสนุนด้านสุขภาพ 28.4 % นอกจากนี้ยังพบว่าบางส่วนของพฤติกรรม การสื่อสารมีความสัมพันธ์ทางและจรรยาบรรณมีผลต่อการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งพฤติกรรม การสื่อสารในทางบวกที่พบจะอยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ การเอาใจใส่ การให้ความสุขสบาย การแสดงความเป็นมิตร พุดคุยขณะปฏิบัติการพยาบาล การให้ข้อมูล การแสดงออกถึงความสุขในการทำงาน การเปิดใจกว้าง การแสดงความพอใจ เป็นต้น

Covell (1989) ได้ศึกษาการเลี้ยงการสื่อสารกับผู้ป่วยของพยาบาล ในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยกลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต 16 คน เก็บรวบรวมโดยการสังเกต และบันทึกลงในแบบตรวจรายการ พบว่า พยาบาลเลี้ยงการสื่อสารถึง 65 % ของเวลา และใช้เวลาในการสื่อสารกับผู้ป่วยเพียง 35 % ของเวลา เท่านั้น และยังพบอีกว่าระดับการรู้สติของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยทางสถิติกับการสื่อสารทางวัจนะของพยาบาลด้วย

Dennisson (1995) ได้ศึกษาพฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ในกลุ่มตัวอย่าง 8 คน จากการสังเกตการแสดงออกของพยาบาลในขณะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย พบว่าคุณภาพของการสนทนาระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยนั้นจะเป็นเกี่ยวกับการใช้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย สำหรับการเข้าถึงความรู้สึกผู้ป่วยหรือการซักถามเกี่ยวกับความเข้าใจในการรักษาพยาบาลพบเพียง 25 % เท่านั้น

Jarrett (1995) ศึกษาการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย พบว่า ในอดีตพยาบาลมักจะเป็นผู้ควบคุมและจำกัดหัวข้อในการสนทนากับผู้ป่วย ซึ่ง Jarrett ได้เสนอว่าควรจะมีการสนับสนุนพัฒนาทักษะการสื่อสารแก่พยาบาล นอกจากนี้ยังเสนอแนะอีกว่าในอนาคตควรพิจารณาถึงการมีส่วนร่วมสนับสนุนซึ่งกันและกันในการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เนื่องจากมีงานวิจัยในส่วนของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยไม่ใส่ใจเรื่องการสื่อสาร และยังมีปัจจัยทางด้าน

สิ่งแวดล้อม กับปัจจัยด้านองค์กร ที่มาเกี่ยวข้องต่อความสามารถในการสื่อสารทั้งในพยาบาล และผู้ป่วยด้วย

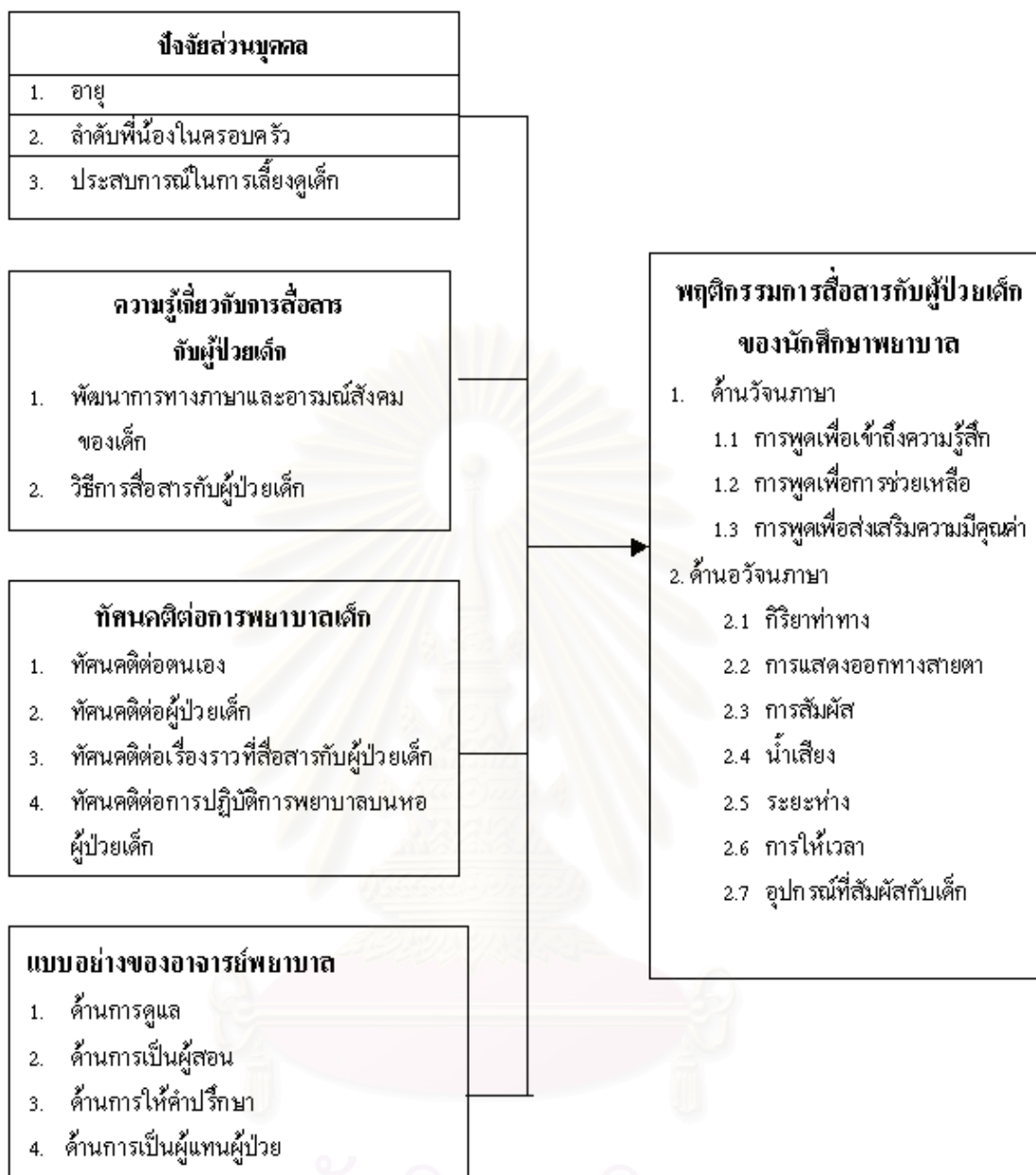
Suominen (1995) ศึกษาพฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาล จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยหญิงซึ่งวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งที่เต้านมและพยาบาล จำนวน 140 คน และ 125 คน ตามลำดับ ด้วยการตอบแบบสอบถาม พบว่า ผู้ป่วยรับรู้ที่พยาบาลได้แสดงออกถึงการดูแลทั้งทางจิตใจและการสนับสนุนจากสังคมดี แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างการรับรู้ถึงการแสดงออกทางพฤติกรรมของพยาบาลในการสื่อสาร พบว่า การรับรู้ของพยาบาลมีมากกว่าของผู้ป่วย

Caris-Verhallen et al.(1999) ศึกษาการสื่อสารด้วยการไม่ใช้คำพูดในพยาบาลกับผู้ป่วยวัยสูงอายุ ด้วยการศึกษากวีสโตโอเทปจากกลุ่มตัวอย่าง 181 คน พบว่าพยาบาลจะใช้สัมพันธภาพด้วยการสื่อสารอย่าง โดยจะแสดงออกทางสายตามากที่สุด รองลงไปคือ การพยักหน้า การยิ้ม และการสัมผัส ตามลำดับ

จากการศึกษาค้นคว้าวรรณคดี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าในประเทศไทย ยังไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวข้องกับเรื่องพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กในทางการศึกษาพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ลำดับพี่น้องในครอบครัว และประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วย ทักษะติดต่อการพยาบาลเด็ก แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล กับพฤติกรรม การสื่อสารกับผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาล หรือไม่ อย่างไร ปัจจัยใดที่สามารถร่วมพยากรณ์พฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญและเป็นเหตุให้ผู้วิจัยทำการศึกษา และได้นำเสนอเป็นกรอบแนวคิดดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## กรอบแนวคิด



### บทที่ 3

#### วิธีการดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) ในลักษณะของการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ทศนคติต่อการพยาบาลเด็ก แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล และพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สถาบันพระบรมราชชนก สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปีการศึกษา 2543

##### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ผ่านการศึกษาวิชาการพยาบาลเด็กและกำลังฝึกปฏิบัติหรือผ่านการฝึกปฏิบัติวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็ก 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Sampling) ดังต่อไปนี้

1. การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร Taro Yamane ( 1970 อ้างถึงใน ประคอง กรวรรณสุต, 2542 : 10-11 ) จากจำนวนนักศึกษาพยาบาล 3,544 คน ที่ระดับความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 หรือระดับความเชื่อมั่น 95 % ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลเท่ากับ 359 คน

โดยใช้สูตรดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N คือ ขนาดของประชากรทั้งหมด

e คือ ค่าความคลาดเคลื่อน

แทนค่าในสูตรได้ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง} &= \frac{3,544}{1 + (3,544)(.05)^2} \\ &= \frac{3,544}{9.86} \\ &= 359.432 \end{aligned}$$

จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 359 คน แต่เพื่อให้ได้ข้อมูลของการวิจัยไม่น้อยกว่าจำนวนที่กำหนดจากที่คำนวณ จึงได้ทำการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างเพิ่มจากที่กำหนดร้อยละ 20 คิดเป็นจำนวน 431 คน โดยภายหลังแจกแบบสอบถาม ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์จำนวน 428 ฉบับ ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 428 คน

## 2. การจัดวิทยาลัยพยาบาลเพื่อกำหนดตามเขตที่ตั้ง

### 2.1 จำแนกวิทยาลัยพยาบาลออกเป็น 4 ภาค ดังนี้

**ภาคเหนือ** มีจำนวน 5 แห่ง ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีน่าน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์

**ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ** มีจำนวน 7 แห่ง ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์

**ภาคกลางและภาคตะวันออก** มีจำนวน 11 แห่ง ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์

**ภาคใต้** มีจำนวน 5 แห่ง ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์



2.2 สุ่มวิทยาลัยในแต่ละภาคโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลาก ใช้อัตราส่วน 1 : 5 ได้วิทยาลัยพยาบาลทั้งหมด 7 แห่ง

3. หาขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละภาค ด้วยการเทียบบัญญัติไตรยางค์จากขนาดกลุ่มตัวอย่างในข้อที่ 1 (ผลการคำนวณกลุ่มตัวอย่างในแต่ละภาค ดังแสดงในตารางที่ 1 )

**ตารางที่ 1** จำนวนประชากรและขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละภาค

ภาค	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
เหนือ	729	88
ตะวันออกเฉียงเหนือ	942	115
กลางและตะวันออก	1,325	168
ใต้	548	60
รวม	3,544	431

4. ขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละวิทยาลัยพยาบาลที่สุ่มได้ในแต่ละภาคในข้อ 2.2 ด้วยการเทียบบัญญัติไตรยางค์จากขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละภาคในข้อที่ 3 (ผลการคำนวณกลุ่มตัวอย่างในแต่ละวิทยาลัยพยาบาลจำแนกในแต่ละภาค ดังตารางที่ 2 )

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิทยาลัยพยาบาลในแต่ละภาค

ข้อมูลวิทยาลัยพยาบาล	ประชากรทั้งหมด ในแต่ละวิทยาลัย พยาบาล	จำนวนกลุ่ม ตัวอย่างในแต่ละ วิทยาลัยพยาบาล (n = 431)	จำนวนการเก็บ รวบรวมข้อมูล จริงจากกลุ่ม ตัวอย่างในแต่ละ วิทยาลัยพยาบาล (n = 428)
<b>ภาคเหนือ</b>			
1. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ลำปาง	117	88	88
รวม	117	88	88
<b>ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ</b>			
1. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ ประสงค์ อุบลราชชนนี	164	81	78
2. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม	78	37	37
รวม	242	118	115
<b>ภาคกลางและภาคตะวันออก</b>			
1. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี	73	55	55
2. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพระจอมเกล้า เพชรบุรี	141	73	73
3. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี	53	40	40
รวม	267	168	168
<b>ภาคใต้</b>			
1. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	81	60	60
รวม	81	60	60
<b>รวมทั้งหมด</b>	<b>707</b>	<b>431</b>	<b>428</b>

5. เมื่อได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละวิทยาลัยพยาบาล คัดรายชื่อนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ผ่านการศึกษาวិชาการพยาบาลเด็กและกำลังฝึกปฏิบัติหรือผ่านการฝึกปฏิบัติวิชาการพยาบาลเด็ก 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปีการศึกษา 2543 จากบัญชีรายชื่อนักศึกษาพยาบาลในแต่ละวิทยาลัย แล้วสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากเป็นกลุ่มตัวอย่าง

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 5 ตอนคือ ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ ลำดับพี่น้องในครอบครัว และประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก

ตอนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษา โดยครอบคลุมใน 2 ด้าน คือ ด้านวัจนภาษา ได้แก่ การพูดเพื่อเข้าถึงความรู้สึก การพูดเพื่อการช่วยเหลือ และการพูดเพื่อการส่งเสริมความมีคุณค่า และด้านอวัจนภาษา ได้แก่ กริยาท่าทาง การแสดงออกของสายตา สัมผัส น้ำเสียง ระยะห่างระหว่างนักศึกษาพยาบาลกับผู้ป่วยเด็ก การให้เวลาที่สื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก และอุปกรณ์ที่ใช้สัมผัสกับผู้ป่วยเด็ก

ตอนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการพยาบาลเด็ก โดยครอบคลุมทัศนคติ 4 ด้าน คือ ทัศนคติต่อตนเองของนักศึกษาพยาบาล ทัศนคติต่อผู้ป่วยเด็ก ทัศนคติต่อเรื่องราวที่จะสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก และทัศนคติต่อการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยเด็ก

ตอนที่ 4 แบบสอบถามแบบอย่างของอาจารย์พยาบาล ตามการรายงานของนักศึกษา โดยครอบคลุมใน 4 ด้าน คือ ด้านการดูแล ด้านการเป็นผู้สอน ด้านการให้คำปรึกษา และด้านการเป็นผู้แทนของผู้ป่วย

ตอนที่ 5 แบบสอบถามรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ พัฒนาการทางภาษา และอารมณ์สังคมของเด็ก และวิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก

### **การสร้างและลักษณะของเครื่องมือ**

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ เอกสาร วารสารและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการสื่อสาร
2. สร้างแบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ลำดับพี่น้องในครอบครัว และประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก

ตอนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ เอกสาร วารสารและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก
2. ผู้วิจัยสร้างแบบประเมินพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก โดยศึกษาค้นคว้าวรรณคดีต่างๆเกี่ยวกับพฤติกรรมในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ประยุกต์แนวคิดของ พิษชุดา วิรัชพินทุ (2534) สุขใจ ศรีเพียรหอม (2539) และความสัมพันธ์ภาพเพื่อการช่วยเหลือรักษาของ บุญศรี ปราภณศักดิ์ และ ศิริพร จิรวังนกุล (2536 : 76-85) พิไลรัตน์ ทองอุไร (2529 : 39-48) Roger (1976 citde in McQueen ,2000:723-731) Carson and Arnold (1996 :234-245) โดยในแต่ละข้อคำถามเป็นพฤติกรรมการสื่อสารทั่วไปที่นักศึกษาพยาบาลแสดงออกต่อผู้ป่วยเด็กวัย 2 – 15 ปี ยกเว้นข้อ 6, 7, 12 และ 26 ที่เป็นพฤติกรรมการสื่อสารที่นักศึกษา

พยาบาลแสดงออกต่อผู้ป่วยเด็กเฉพาะวัย ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามที่มีเนื้อหาครอบคลุม 2 ด้าน จำนวน 34 ข้อ ดังนี้

1) ด้านวัจนภาษา จำนวน 14 ข้อ

ข้อคำถามทางบวกจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1,2,3,4,5,6,9 และ 10

ข้อคำถามทางลบจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7,8,12,13 และ 14

2) ด้านอวัจนภาษา จำนวน 20 ข้อ

ข้อคำถามทางบวกจำนวน 13 ข้อ ได้แก่ ข้อ 15, 16, 18, 19, 20, 21,23,25,26,28,31,32 และ 33

ข้อคำถามทางลบจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 17,22,24,27,29,30 และ 34

เครื่องมือมีลักษณะเป็นแบบประเมินแบบเลือกตอบ ลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่าของลิเคอร์ท (Likert rating scale) 5 ระดับ ดังนี้

- |   |         |  |
|---|---------|--|
| 5 | หมายถึง | ข้อความในประโยคนั้นตรงกับพฤติกรรมการสื่อสารที่นักศึกษาพยาบาลปฏิบัติประจำทุกครั้ง |
| 4 | หมายถึง | ข้อความในประโยคนั้นตรงกับพฤติกรรมการสื่อสารที่นักศึกษาพยาบาลปฏิบัติเกือบทุกครั้ง |
| 3 | หมายถึง | ข้อความในประโยคนั้นตรงกับพฤติกรรมการสื่อสารที่นักศึกษาพยาบาลปฏิบัติบ่อยครั้ง     |
| 2 | หมายถึง | ข้อความในประโยคนั้นตรงกับพฤติกรรมการสื่อสารที่นักศึกษาพยาบาลปฏิบัติบางครั้ง      |
| 1 | หมายถึง | ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับพฤติกรรมการสื่อสารที่นักศึกษาพยาบาลปฏิบัติเลย        |

การกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน แต่ละข้อคำถาม ดังนี้

ปฏิบัติประจำทุกครั้ง	ให้	5	คะแนน
ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง	ให้	4	คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ให้	3	คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้	2	คะแนน
ไม่ตรงกับการปฏิบัติเลย	ให้	1	คะแนน

การกำหนดเกณฑ์ในการแบ่งระดับพฤติกรรมการสื่อสารของนักศึกษาพยาบาล ใช้ค่าความหมายของคะแนนเฉลี่ย มี 5 ระดับ ( ประคอง กรรณสูต: 2542 : 73) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	4.50-	หมายถึง	นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กในระดับเหมาะสมมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย	3.50-	หมายถึง	ที่นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กในระดับเหมาะสมมาก
คะแนนเฉลี่ย	4.49		
คะแนนเฉลี่ย	2.50-	หมายถึง	ที่นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กในระดับเหมาะสมปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	3.90		
คะแนนเฉลี่ย	1.50-	หมายถึง	ที่นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กในระดับเหมาะสมน้อย
คะแนนเฉลี่ย	2.49		
คะแนนเฉลี่ย	1.00-	หมายถึง	ที่นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กในระดับต้องปรับปรุง
คะแนนเฉลี่ย	1.49		

### ตอนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการพยาบาลเด็ก มีขั้นตอนสร้างดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ เอกสาร วารสารและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ ทัศนคติต่อการพยาบาลเด็ก

2. ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามทัศนคติต่อการพยาบาลเด็ก ประยุกต์ตามแนวคิด Berlo (1960) บุณศรี ปราบณศักดิ์ และศิริพร จิรวัดนกุล (2536) และฉลองรัฐ อินทรีย์ และคณะ (2519) โดยครอบคลุมทัศนคติต่อการพยาบาลเด็กทางบวก ประกอบด้วยทัศนคติ 4 ด้าน จำนวน 25 ข้อ ดังนี้

- 1) ทัศนคติต่อตนเอง จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-6
- 2) ทัศนคติต่อผู้ป่วยเด็ก จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7-12
- 3) ทัศนคติต่อเรื่องราวที่จะสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 13-19
- 4) ทัศนคติต่อการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยเด็ก จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 20



เครื่องมือมีลักษณะเป็นแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ ลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วน  
 ประมาณค่าของลิเคอร์ท (Likert rating scale) 5 ระดับ ดังนี้

- |   |         |  |
|---|---------|--|
| 5 | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านในระดับที่เห็นด้วยอย่างยิ่ง |
| 4 | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านในระดับที่เห็นด้วย          |
| 3 | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านที่ยังไม่แน่ใจ              |
| 2 | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านในระดับไม่เห็นด้วย          |
| 1 | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย                   |

การกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนน แต่ละข้อคำถาม ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	5	คะแนน
เห็นด้วย		4	คะแนน
ไม่แน่ใจ		3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย		2	คะแนน
ไม่ตรงกับความคิดเห็น		1	คะแนน

กำหนดเกณฑ์ในการแบ่งระดับทัศนคติต่อการพยาบาลเด็ก โดยใช้ค่าความหมายของ  
 คะแนนเฉลี่ย มี 5 ระดับ ( ประคอง กรวรรณสุต: 2542 : 73) ดังนี้

คะแนน	4.50-	หมายถึง	นักศึกษาพยาบาลมีทัศนคติต่อการพยาบาล
เฉลี่ย	5.00		เด็กในระดับดีมาก
คะแนน	3.50-	หมายถึง	นักศึกษาพยาบาลมีทัศนคติต่อการพยาบาล
เฉลี่ย	4.49		เด็กในระดับดี
คะแนน	2.50-	หมายถึง	นักศึกษาพยาบาลมีทัศนคติต่อการพยาบาล
เฉลี่ย	3.90		เด็กในระดับปานกลาง
คะแนน	1.50-	หมายถึง	นักศึกษาพยาบาลมีทัศนคติต่อการพยาบาล
เฉลี่ย	2.49		เด็กในระดับไม่ดี
คะแนน	1.00-	หมายถึง	นักศึกษาพยาบาลมีทัศนคติต่อการพยาบาล
เฉลี่ย	1.49		เด็กในระดับไม่ดีมาก

ตอนที่ 4 แบบสอบถามแบบอย่างของอาจารย์พยาบาล มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ เอกสาร วารสารและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับแบบอย่างของอาจารย์พยาบาล

2. ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามแบบอย่างของอาจารย์พยาบาล ประยุกต์ตามแนวคิดบทบาทวิชาชีพพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลของฟาริดา อิบราฮิม (2535) งามเอก ลำมะนา (2539) และสุชาติ ศรีเพียรหอม (2539) ซึ่งนักศึกษาพยาบาลสามารถสังเกตพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของอาจารย์พยาบาลจากบทบาทดังกล่าวได้ชัดเจน ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีเนื้อหาครอบคลุม 4 ด้าน จำนวน 23 ข้อ ดังนี้

- 1) ด้านการดูแล จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-6
- 2) ด้านการเป็นผู้สอน จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7-12
- 3) ด้านการให้คำปรึกษา จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 13-17
- 4) ด้านการเป็นตัวแทนผู้ป่วย จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 18-23

เครื่องมือมีลักษณะเป็นแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ ลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่าของลิเคอร์ท (Likert rating scale) 5 ระดับ ดังนี้

- 5 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับพฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของอาจารย์พยาบาลที่ปฏิบัติประจำทุกครั้ง
- 4 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับพฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของอาจารย์พยาบาลที่ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง
- 3 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับพฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของอาจารย์พยาบาลที่ปฏิบัติบ่อยครั้ง
- 2 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับพฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของอาจารย์พยาบาลที่ปฏิบัติบางครั้ง
- 1 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับพฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของอาจารย์พยาบาลที่ปฏิบัติเลย

การกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนน แต่ละข้อคำถาม ดังนี้

ปฏิบัติประจำทุกครั้ง	ให้	5	คะแนน
ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง		4	คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง		3	คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง		2	คะแนน
ไม่ตรงกับการปฏิบัติเลย		1	คะแนน

การกำหนดเกณฑ์ในการแบ่งระดับแบบอย่างของอาจารย์พยาบาล ใช้ค่าความหมายของคะแนนเฉลี่ย มี 5 ระดับ (ประคอง กรรณสูต: 2542 : 73) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	4.50-5.00	หมายถึง	การเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของอาจารย์พยาบาลในระดับเหมาะสมมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย	3.50-4.49	หมายถึง	การเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของอาจารย์พยาบาลในระดับเหมาะสมมาก
คะแนนเฉลี่ย	2.50-3.90	หมายถึง	การเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของอาจารย์พยาบาลในระดับเหมาะสมปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.50-2.49	หมายถึง	การเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของอาจารย์พยาบาลในระดับเหมาะสมน้อย
คะแนนเฉลี่ย	1.00-1.49	หมายถึง	การเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของอาจารย์พยาบาลในระดับต้องปรับปรุง

ตอนที่ 5 แบบสอบถามรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ เอกสาร วารสารและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก
2. ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ประยุกต์จากวิชาการสื่อสารและประชาสัมพันธ์และวิชาการพยาบาลเด็ก โดยครอบคลุมในเรื่องพัฒนาการทางภาษาและอารมณ์สังคมของเด็ก และวิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ด้วยการสร้างการวิเคราะห์เนื้อหาความรู้ของข้อสอบและจัดทำตารางวิเคราะห์ข้อสอบ (Specification of Test) เรื่องความรู้การสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก (รายละเอียดในภาคผนวก ข) เพื่อนำมาสร้างแบบสอบถามรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก

ลักษณะแบบสอบเป็นแบบปรนัย (Multiple Choice) 4 ตัวเลือก มีคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียวในแต่ละคำถาม โดยการให้คะแนน ให้ 1 คะแนน สำหรับข้อที่ตอบถูก ให้ 0 คะแนน สำหรับข้อที่ตอบผิดหรือไม่ตอบ จำนวนทั้งหมด 15 ข้อ

เกณฑ์กำหนดระดับความรู้ 2 ระดับ ดังนี้

ร้อยละ 50 ของคะแนนรวมขึ้นไป ถือว่ามีความรู้ผ่านเกณฑ์  
(คะแนนตั้งแต่ 7.5 คะแนนขึ้นไป)

ร้อยละ 50 ของคะแนนรวมลงไป ถือว่ามีความรู้ไม่ผ่านเกณฑ์  
(คะแนนน้อยกว่า 7.5 คะแนนลงไป)

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำถามแบบสอบถาม ทั้ง 5 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามทัศนคติต่อการพยาบาลเด็ก แบบสอบถามแบบอย่างของอาจารย์พยาบาล และแบบประเมินพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อพิจารณาเนื้อหา และความครอบคลุม แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรง ความครอบคลุมของเนื้อหา และความเหมาะสมของช่วงคะแนนที่ใช้ ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านนั้นมีคุณสมบัติดังนี้

อาจารย์นิเทศศาสตร์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการติดต่อสื่อสาร 1 ท่าน

อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็ก 3 ท่าน

พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็ก 1 ท่าน

ตัดสินใจเลือกเกณฑ์ความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขใหม่

2. หาค่าดัชนีความยากง่าย (Index of difficulty) และค่าอำนาจจำแนก (Discrimination power) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2543 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ผ่านการศึกษาระดับปริญญาตรีและกำลังฝึกปฏิบัติหรือผ่านการฝึกปฏิบัติวิชาการพยาบาลเด็ก 3 ซึ่งเป็นกลุ่ม นักศึกษาพยาบาลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มนักศึกษาพยาบาลตัวอย่าง โดยคัดเลือกด้วยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 30 คน นำมาตรวจให้คะแนน สำหรับข้อที่ตอบถูก ให้ 1 คะแนน สำหรับข้อที่ตอบผิดหรือไม่ตอบ ให้ 0 คะแนน นำคะแนนมาคัดเลือกข้อสอบที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ ด้วยการวิเคราะห์ความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนกแบบตัดกลุ่ม 33% (ตั้ง

รายละเอียดในภาคผนวก ข ) และได้คัดเลือกค่าที่มีค่าดัชนีความยากระหว่าง 0.2 - 0.8 และค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.2 ขึ้น

3. การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 5 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก แบบสอบถามทัศนคติต่อการพยาบาลเด็ก แบบสอบถามแบบอย่างของอาจารย์พยาบาล และแบบประเมินพฤติกรรม การสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล ไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2543 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ผ่านการศึกษาวិชาการพยาบาลเด็กและกำลังฝึกปฏิบัติหรือผ่านการฝึกปฏิบัติวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็ก คัดเลือกด้วยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 30 คนและหาความเที่ยงจากการวิเคราะห์แบบสอบถาม ดังนี้

3.1 แบบสอบถามทัศนคติต่อการพยาบาลเด็ก แบบสอบถามแบบอย่างของอาจารย์พยาบาล และแบบประเมินพฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ความคงภายในของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา ( $\alpha$ ) ของครอนบาค (Cronbach's Coefficiency)

3.2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก คำนวณหาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยวิเคราะห์ค่าความเที่ยงด้วยการวัดความสอดคล้องภายใน ด้วยสูตร Kuder Richardson (KR 20)

**ตารางที่ 3** ผลการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ นำไปทดสอบใช้ (Try out) และเมื่อใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลในการศึกษา

แบบสอบถาม	ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ	
	กลุ่มทดสอบใช้ (n = 30)	กลุ่มตัวอย่างจริง (n = 428)
ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก	0.698	0.709
ทัศนคติต่อการพยาบาลเด็ก	0.813	0.817
แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล	0.868	0.926
พฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก	0.701	0.704



### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขอนหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก เพื่อขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูลกับนักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีที่ 3 ของวิทยาลัยพยาบาลในกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกำลังฝึกปฏิบัติหรือผ่านการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็ก 3

2. ขอนหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่สุ่มได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 7 แห่ง เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยส่งหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในแต่ละแห่ง โดยบางส่วนผู้วิจัยนำส่งด้วยตนเองและบางส่วนนำส่งทางไปรษณีย์

4. ติดต่อประสานงานกับอาจารย์ฝ่ายการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลที่สุ่มตัวอย่างได้ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย และขอรายชื่อนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่กำลังฝึกปฏิบัติหรือผ่านการฝึกปฏิบัติวิชาการพยาบาลเด็ก 3 เพื่อนำมาสุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการแจกแบบสอบถาม

5. สุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลจากรายชื่อที่ได้รับจากอาจารย์ฝ่ายการวิจัย แล้วผู้วิจัยนัดหมายเวลาในการตอบแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง โดยก่อนดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเฉพาะภายในห้องเรียนกับกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลทราบ โดยลำดับการตอบแบบสอบถาม ดังนี้ แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก แบบสอบถามทัศนคติต่อการพยาบาลเด็ก แบบสอบถามแบบอย่างอาจารย์พยาบาล และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ตามลำดับเมื่อนักศึกษาพยาบาลตอบแบบสอบถามจนเสร็จ ผู้วิจัยจึงรับแบบสอบถามคืนภายในวันเดียวกับที่นักศึกษาตอบแบบสอบถาม ยกเว้นวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสตรี ที่ผู้วิจัยส่งรายชื่อจากการสุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาล แบบสอบถามและคำชี้แจงในการตอบแบบสอบถามแก่อาจารย์ฝ่ายการวิจัยทางไปรษณีย์ เพื่อให้อาจารย์ฝ่ายการวิจัยดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลตอบแบบสอบถามของเช่นเดียวกับที่กล่าวข้างต้น พร้อมแนบซองเปล่าที่จำหน่ายซองกลับถึงผู้วิจัย และค่าใช้จ่ายในการส่งกลับ ซึ่งนัดเวลาในการรับแบบสอบถามคืนภายใน 4 สัปดาห์

6. ผู้วิจัยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1 เดือน คือ ตั้งแต่วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2544 ถึง วันที่ 5 มีนาคม 2544 แล้วทำการตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสอบถามที่ได้รับคืนมา 431 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ของแบบสอบถามที่ส่งไปทั้งหมด 431 ฉบับ

และได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถาม พบว่า เป็นแบบสอบถามที่สมบูรณ์ 428 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 99.30 ของแบบสอบถามที่ส่งไปทั้งหมด แล้วนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS For Window version 9.0 (Statistical Package for Social Science for Windows) ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลด้วยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ ได้แก่ อายุ ลำดับพี่น้องในครอบครัว และประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก
2. คำนวณค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับเด็ก และแบ่งระดับตามเกณฑ์ในการแบ่งระดับจากค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับเด็ก
3. คำนวณค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ของทัศนคติต่อการพยาบาลเด็ก และแบ่งระดับตามเกณฑ์ในการแบ่งระดับจากค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติต่อการพยาบาลเด็ก
4. คำนวณค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ของแบบอย่างของอาจารย์พยาบาล และแบ่งระดับตามเกณฑ์ในการแบ่งระดับจากค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบอย่างของอาจารย์พยาบาล
5. คำนวณค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ของพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล และแบ่งระดับตามเกณฑ์ในการแบ่งระดับจากค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล
6. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านลำดับพี่น้องในครอบครัว และประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก กับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์การจรรยา (Contingency coefficient) และทดสอบความมีนัยสำคัญที่คำนวณได้โดยใช้สถิติทดสอบไค - สแควร์ (Chi-square) ซึ่งมีการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่มีค่าใน cell เท่ากับหรือน้อยกว่า 5 ใช้สถิติทดสอบ Fisher's Exact Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05
7. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ทัศนคติต่อการพยาบาลเด็ก แบบอย่างอาจารย์พยาบาล กับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาลโดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 เทียบระดับความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ใช้เกณฑ์ (อ้างในประคอง กรรณสูต, 2538) ดังนี้

ค่า r	ระดับความสัมพันธ์
.70 - .09	สูง
.03 - .69	ปานกลาง
.29 และต่ำกว่า	ต่ำ

8. วิเคราะห์สัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Coefficient) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ทั้งหมดและทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณที่คำนวณได้โดยสถิติทดสอบค่าเอฟ (F-test) ทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์การถดถอย (B) ของตัวแปรพยากรณ์แต่ละตัวโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 เนื่องจากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ กำหนดไว้ว่าตัวแปรพยากรณ์ที่จะนำมาคำนวณจะต้องเป็นตัวแปรที่วัดในระดับอันตรภาค (Interval Scale) ขึ้นไป ดังนั้น ในการคำนวณจึงต้องปรับตัวแปรที่วัดในระดับนามบัญญัติ (Nominal Scale) เป็นตัวแปรหุ่น (Dummay Variabal) ดังนี้

#### ลำดับพี่น้องในครอบครัว

คนโต	กำหนดให้	เลือก	=	1
		ไม่เลือก	=	0
คนเดียว	กำหนดให้	เลือก	=	1
		ไม่เลือก	=	0
คนกลาง(คนที่ 2 ขึ้นไป)	กำหนดให้	เลือก	=	1
		ไม่เลือก	=	0
คนสุดท้อง	กำหนดให้	เลือก	=	1
		ไม่เลือก	=	0

#### ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก

ไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก	กำหนดให้	เลือก	=	1
		ไม่เลือก	=	0
มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก	กำหนดให้	เลือก	=	1
		ไม่เลือก	=	0

เนื่องจากเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านการมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก และคนสุดท้ายของลำดับพี่น้องในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ( $C = .124, \chi^2 = 6.634, C = .047, \chi^2 = .936$  ตามลำดับ) และเมื่อวิเคราะห์สัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Coefficient) พบว่า ทำศนคติต่อการพยาบาลเด็ก แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล การมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก และคนสุดท้ายของลำดับพี่น้องในครอบครัว ตัวแปรพยากรณ์มีปฏิสัมพันธ์กัน (interaction) และสามารถทำนายพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Coefficient) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ทั้งหมดโดยใช้ Enter 2 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 นำตัวแปรทั้งหมดวิเคราะห์ความสามารถพยากรณ์พฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก จากนั้นนำตัวแปรที่มีความสามารถพยากรณ์พฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 มาวิเคราะห์เป็นครั้งที่ 2



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาพฤติกรรม การสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ทักษะติดต่อการพยาบาลเด็ก แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล กับพฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล รวมทั้งหาตัวแปรที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล โดยผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 7 แห่ง จำนวน 431 คน ผู้วิจัยนำเสนอการวิเคราะห์และเสนอผลการวิเคราะห์โดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย จำแนกเป็น 4 ตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

- ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาล (แสดงไว้ในตารางที่ 4)
- ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ทักษะติดต่อการพยาบาลเด็ก แบบอย่างอาจารย์พยาบาล และพฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก (แสดงไว้ในตารางที่ 5)
- ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ทักษะติดต่อการพยาบาลเด็ก แบบอย่างอาจารย์พยาบาล กับพฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก (แสดงไว้ในตารางที่ 6 - 8)
- ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถร่วมพยากรณ์พฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาล (แสดงไว้ในตารางที่ 9-11)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



**ตอนที่ 1** ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาล

ผู้วิจัยเสนอรายละเอียดของข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ อายุ ลำดับพี่น้องในครอบครัว และประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ ดังแสดงไว้ในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** จำนวนและร้อยละของนักศึกษาพยาบาลจำแนกตามอายุ ลำดับพี่น้องในครอบครัว และประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n = 428)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
19-20	39	9.1
21-22	353	82.5
23-24	33	7.7
25-26	3	0.7
ลำดับพี่น้องในครอบครัว		
คนโต	174	40.7
คนเดียว	32	7.5
คนสุดท้อง	126	29.4
คนกลาง (ตั้งแต่คนที่ 2 ขึ้นไป)	96	22.4
ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก		
ไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก	73	17.1
มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก	355	82.9

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 21-22 ปี คิดเป็นร้อยละ 82.0 ลำดับพี่น้องในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นคนโต คิดเป็นร้อยละ 47.8 และส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก คิดเป็นร้อยละ 82.8

**ตอนที่ 2** ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ทักษะคิดต่อการพยาบาลเด็ก  
แบบอย่างอาจารย์พยาบาล และพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ทักษะคิดต่อ  
การพยาบาลเด็ก แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล และพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก โดย  
เสนอผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของข้อมูลในกลุ่ม  
ตัวอย่างนักศึกษาพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับ  
ผู้ป่วยเด็ก ทักษะคิดต่อการพยาบาลเด็ก แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล และ  
พฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาศึกษาพยาบาล

ตัวแปร	ช่วงคะแนนเต็ม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก	0-15	7.74	1.86	ผ่านเกณฑ์
ทักษะคิดต่อการพยาบาลเด็ก	1-5	4.31	.32	ดี
แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล	1-5	3.90	.59	เหมาะสมมาก
พฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก	1-5	3.76	.26	เหมาะสมมาก

จากตารางที่ 5 แสดงว่า นักศึกษาพยาบาลมีความรู้อยู่ในระดับผ่านเกณฑ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 7.74  
จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน ทักษะคิดต่อการพยาบาลเด็กในระดับดี มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.31 จากคะแนน  
เต็ม 5 คะแนน แบบอย่างของอาจารย์พยาบาลอยู่ในระดับเหมาะสมมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.90 จาก  
คะแนนเต็ม 5 คะแนน และพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กอยู่ในระดับเหมาะสมมาก มีค่าคะแนน  
เฉลี่ย 3.76 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน

**ตอนที่ 3** ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ทักษะติดต่อการพยาบาลเด็ก แบบอย่างอาจารย์พยาบาล กับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ทักษะติดต่อการพยาบาลเด็ก แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล กับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของกลุ่มนักศึกษาพยาบาล โดยเสนอการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วน คือ

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลที่มีลักษณะข้อมูลเป็นระดับนามบัญญัติ (Nominal scale) ด้านลำดับพี่น้องในครอบครัว และด้านประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก กับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล วิเคราะห์โดยค่าสัมประสิทธิ์การจรรยา (Contingency coefficient) และทดสอบความมีนัยสำคัญที่คำนวณได้โดยใช้สถิติทดสอบไค-สแควร์ (Chi-square) ซึ่งมีการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่มีค่าใน cell เท่ากับหรือน้อยกว่า 5 ใช้สถิติทดสอบ Fisher's Exact Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ดังแสดงในตารางที่ 6-7

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ทักษะติดต่อการพยาบาลเด็ก แบบอย่างอาจารย์พยาบาล กับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล วิเคราะห์โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Coefficient) และทดสอบความมีนัยสำคัญที่คำนวณได้โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านลำดับพี่น้องในครอบครัว กับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาล

ลำดับพี่น้องในครอบครัว	ระดับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก						C	$\chi^2$	p-value
	ปานกลาง		มาก		มากที่สุด				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>คนโต</b>									
เลือก (n = 174)	15	3.5	159	37.1	0	0			
ไม่เลือก (n = 254)	21	4.9	232	54.2	1	.2			
รวม (n = 428)	36	8.4	391	91.4	1	.2	.040	.700	.705
<b>คนเดียว</b>									
เลือก (n = 32)	3	.7	29	6.8	0	0			
ไม่เลือก (n = 396)	33	7.7	362	84.6	1	.2			
รวม (n = 428)	36	8.4	391	91.4	1	.2	.017	1.176	.763
<b>คนกลาง</b>									
เลือก (n = 96)	12	2.8	84	19.6	0	0			
ไม่เลือก (n = 332)	24	5.6	307	71.7	1	.2			
รวม (n = 428)	36	8.4	391	91.4	1	.2	.083	3.089	.262
<b>คนสุดท้อง</b>									
เลือก (n = 126)	6	1.4	119	27.8	0	0			
ไม่เลือก (n = 302)	30	7.0	272	63.6	1	.2			
รวม (n = 428)	36	8.4	391	91.4	1	.2	.112	5.411	.067

\* p < .05

จากตารางที่ 6 พบว่า พฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 91.4 และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านลำดับพี่น้องในครอบครัว ได้แก่ คนโต คนเดียว คนกลาง (คนที่ 2 ขึ้นไป) และคนสุดท้าย กับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านลำดับพี่น้องในครอบครัว ได้แก่ คนโต คนเดียว คนกลาง (คนที่ 2 ขึ้นไป) และคนสุดท้าย ไม่สัมพันธ์กันกับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก กับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาล

ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก	ระดับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก						C	$\chi^2$	p-value
	ปานกลาง		มาก		มากที่สุด				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดู									
เลือก (n = 73)	8	1.9	65	15.2	0	0			
ไม่เลือก (n = 355)	28	6.5	326	76.2	1	.2			
รวม (n = 428)	36	8.4	391	91.4	1	.2	.047	1.378	.471
มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก									
เลือก (n = 355)	28	6.5	326	76.2	76.2	.2			
ไม่เลือก (n = 73)	8	1.9	65	15.2	15.2	0			
รวม (n = 428)	36	8.4	391	91.4	91.4	.2	.047	1.378	.471

\* p < .05

จากตารางที่ 7 พบว่า พฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 91.4 และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก กับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็กทั้งไม่มีและมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็กไม่สัมพันธ์กันกับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ตารางที่ 8** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ทศนคติต่อการพยาบาลเด็ก แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล กับพฤติกรรม การสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาล

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) พฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก	p-value
อายุ	-.106*	.028
ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก	.068	.159
ทัศนคติต่อการพยาบาลเด็ก	.463**	.000
แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล	.382**	.000

\*p < .05 และ \*\*p < .01

จากตารางที่ 8 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.106$ ) ทศนคติต่อการพยาบาลเด็กและแบบอย่างของอาจารย์พยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .458$  และ  $.360$  ตามลำดับ) และความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .159$ )

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ตอนที่ 4** ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถร่วมพยากรณ์พฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก  
ของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาล

เมื่อนำปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ ลำดับพี่น้องในครอบครัว และประสบการณ์ในการ  
เลี้ยงดูเด็ก ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ทักษะติดต่อการพยาบาลเด็ก แบบอย่างของ  
อาจารย์พยาบาล และพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก มาวิเคราะห์สัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณ  
แบบ Enter เพื่อหาตัวพยากรณ์ที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรม การสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของ  
นักศึกษาพยาบาล ได้ผลวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 9 – 11



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถร่วมพยากรณ์พฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาล แสดงในรูปเมทริกสหสัมพันธ์ (Correlation Matrix)

ตัวแปร	Age	Level1	Level2	Level3	Level4	Exp1	Exp2	Know	Att	RM	CM
อายุ (Age)	1.000										
คนโตของลำดับพี่น้องในครอบครัว (Level1)	-.092	1.000									
คนเดียวของลำดับพี่น้องในครอบครัว (Level2)	-.018	-.235**	1.000								
คนกลาง (คนที่ 2 ขึ้นไป) ของลำดับพี่น้องในครอบครัว (Level3)	.119*	-.445**	-.153**	1.000							
คนสุดท้องของลำดับพี่น้องในครอบครัว (Level4)	.000	-.535**	-.184**	-.347**	1.000						
การไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก (Exp1)	.069	-.009	.107*	-.050	-.007	1.000					
การมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก (Exp2)	-.069	.009	-.107*	.050	.007	-1.000**	1.000				
ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก (Know)	-.031	-.074	.001	.000	.079	-.024	.024	1.000			
ทัศนคติต่อการพยาบาลเด็ก (Att)	-.091	.095*	-.024	-.039	-.053	-.090	.090	-.026	1.000		
แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล (RM)	-.053	.014	-.107*	.008	.040	-.012	.012	.045	.453**	1.000	
พฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก (CM)	-.106*	-.012	-.018	-.069	.086	-.133**	.133**	.068	.463**	.382**	1.000

\*p < .05 และ \*\*p < .01 (2-tailed)



จากตารางที่ 9 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคนกลาง (คนที่ 2 ขึ้นไป) ของลำดับพี่น้องในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .119$ ) และมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรม การสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.106$ ) คนโตของลำดับพี่น้องในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคนเดียวของลำดับพี่น้องในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.235$ ) มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคนสุดท้องของลำดับพี่น้องในครอบครัวและคนกลาง (คนที่ 2 ขึ้นไป) ของลำดับพี่น้องในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.445, -.535$ ) ยกเว้นทัศนคติต่อการพยาบาลเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .095$ ) คนเดียวของลำดับพี่น้องในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคนกลาง (คนที่ 2 ขึ้นไป) ของลำดับพี่น้องในครอบครัว คนที่ สุดท้องของลำดับพี่น้องในครอบครัว การมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็กและแบบอย่างของอาจารย์พยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.153, -.184, -.107, -.107$  ตามลำดับ) ยกเว้นการไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .107$ ) คนกลาง (คนที่ 2 ขึ้นไป) ของลำดับพี่น้องในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคนสุดท้องของลำดับพี่น้องในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.347$ ) การไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็กมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับการมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -1.000$ ) และมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.133$ ) การมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .133$ ) ทัศนคติต่อการพยาบาลเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับแบบอย่างของอาจารย์พยาบาลและพฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .453, .463$ ) และแบบอย่างของอาจารย์พยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .382$ )

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (B) และคะแนนมาตรฐาน (Bata) ทดสอบนัยสำคัญของ B ที่ใช้พยากรณ์พฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กวิธี Enter ครั้งที่ 1

ตัวพยากรณ์	B	S.E.B	Beta	t	p-value
อายุ	-.518	.424	-.051	-1.221	.223
คนเดียวของลำดับพี่น้องในครอบครัว	1.262	1.486	.037	.849	.396
คนกลาง (ตั้งแต่คนที่ 2 ขึ้นไป) ของลำดับพี่น้องในครอบครัว	-.369	.984	-.017	-.375	.708
คนสุดท้ายของลำดับพี่น้องในครอบครัว	1.793	.903	.092	1.985	.048
การมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก	2.300	.997	.097	2.307	.022
ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก	.272	.200	.057	1.359	.175
ทัศนคติต่อการพยาบาลเด็ก	.401	.053	.359	7.607	.000
แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล	.140	.031	.214	4.542	.000
(Constant ; a)	82.175	10.994		7.475	.000

R = .528    F= 20.214    R<sup>2</sup> = .278

จากตารางที่ 10 พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวพยากรณ์เพียง 4 ตัวกับตัวแปรเกณฑ์ มีค่าเท่ากับ .278 จากตัวแปร 9 ตัว แสดงว่าตัวแปรพยากรณ์ 4 ตัว มีความแปรปรวนร่วมกับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก โดยตัวแปรพยากรณ์ที่สามารถพยากรณ์ 4 ตัว คือ ทัศนคติต่อการพยาบาลเด็ก แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล คนสุดท้ายของลำดับพี่น้องในครอบครัว และการมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก ตามลำดับ สามารถมีปฏิริยาต่อกัน (Interaction) อธิบายพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ตารางที่ 11** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (B) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ทดสอบนัยสำคัญของ B ที่ใช้พยากรณ์พฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กวิถี Enter ครั้งที่ 2

ตัวพยากรณ์	B	S.E.B	Beta	t	p-value
ทัศนคติต่อการพยาบาลเด็ก	4.05	.052	.363	7.724	.000
แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล	.139	.031	.213	4.561	.000
การมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก	2.292	.988	.097	2.319	.021
คนสุดท้ายของลำดับพี่น้องในครอบครัว	1.868	.815	.096	2.291	.022
(Constant ; a)	72.454	5.223		13.490	.000

R = .520    F= 39.168    R<sup>2</sup> = .270

จากตารางที่ 11 พบว่า ตัวแปรพยากรณ์ที่คัดเลือก 4 ตัว มีความแปรปรวนร่วมกับพฤติกรรม การสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก โดยตัวแปรพยากรณ์ที่คัดเลือก 4 ตัว คือ ทัศนคติต่อการพยาบาลเด็ก แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล คนสุดท้ายของลำดับพี่น้องในครอบครัว และการมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก สามารถมีปฏิกริยาต่อกัน (Interaction) ในการอธิบายพฤติกรรม การสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลได้ร้อยละ 27.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (Standardized Coefficients) ในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) ซึ่งเป็นค่าน้ำหนักของความสำคัญของแต่ละตัวแปรพยากรณ์ที่มีต่อตัวแปรตาม กล่าวคือ ถ้าค่า Beta ของตัวแปรพยากรณ์ใดมีค่าสูง แสดงว่าตัวแปรพยากรณ์นั้นมีความสำคัญต่อตัวแปรตาม (ศิริชัย พงษ์วิชัย, 2543: 207) จากการวิเคราะห์นี้พบว่า ตัวแปรพยากรณ์ที่มีค่า Beta สูงสุด คือ ทัศนคติต่อการพยาบาลเด็ก (Beta = .363) แสดงว่า ทัศนคติต่อการพยาบาลเด็กมีน้ำหนักสูงสุดในการพยากรณ์พฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาล รองลงมาคือ แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล (Beta = .213) การมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก (Beta = .097) และคนสุดท้ายของลำดับพี่น้องในครอบครัว (Beta = .096) ตามลำดับ โดยสร้างสมการพยากรณ์พฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลได้ ดังนี้

สมการในรูปคะแนนดิบ :

พฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล = 72.454 + 4.05 (ทัศนคติต่อการพยาบาลเด็ก) + .139 (แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล) + 2.292 (การมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก) + 1.868 (คนสุดท้ายของลำดับพี่น้องในครอบครัว)

สมการในรูปมาตรฐาน :

พฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล = .363 (ทัศนคติต่อการพยาบาลเด็ก) + .213 (แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล) + .097 (การมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก) + .096 (คนสุดท้ายของลำดับพี่น้องในครอบครัว)



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ทักษะติดต่อการพยาบาลเด็ก แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล กับพฤติกรรมกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ศึกษาพฤติกรรมกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ทักษะติดต่อการพยาบาลเด็ก แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล และพฤติกรรมกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล
3. ศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล โดยมีตัวแปรพยากรณ์คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ทักษะติดต่อการพยาบาลเด็ก และแบบอย่างของอาจารย์พยาบาล

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสถาบันพระบรมราชชนก สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปีการศึกษา 2543 จำนวน 3,544 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลของสถาบันพระบรมราชชนก สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปีการศึกษา 2543 ที่ผ่านการศึกษาวิชาการพยาบาลเด็กและกำลังฝึกปฏิบัติหรือผ่านการฝึกปฏิบัติวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็ก 3 โดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างการวิจัยทั้งสิ้น 428 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก แบบสอบถามทักษะติดต่อการพยาบาลเด็ก แบบสอบถามแบบอย่างของอาจารย์พยาบาล และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก แบบสอบถามทักษะติดต่อการพยาบาลเด็ก แบบสอบถามแบบอย่างของอาจารย์พยาบาล และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .701, .813, .868 และ .698 ตามลำดับ



การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS For Window version 9.0 (Statistical Package for Social Science for Windows) สถิติที่ใช้ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) หาคความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านลำดับพี่น้องในครอบครัว และประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก กับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์การจรรยา (Contingency coefficient) และทดสอบความมีนัยสำคัญที่คำนวณได้โดยใช้สถิติทดสอบไค - สแควร์ (Chi-square) และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่มีค่าใน cell เท่ากับหรือน้อยกว่า 5 ใช้สถิติทดสอบ Fisher's Exact Test ในระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .05 หาคความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ ความรู้การสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ทักษะติดต่อการพยาบาลเด็ก แบบอย่างอาจารย์พยาบาล กับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Coefficient) และทดสอบความมีนัยสำคัญที่คำนวณได้โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และวิเคราะห์สัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Coefficient) แบบ Enter ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ทั้งหมดและทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณที่คำนวณได้โดยสถิติทดสอบค่าเอฟ (F-test) ทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์การถดถอย (B) ของตัวแปรพยากรณ์แต่ละตัวโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

### สรุปผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ อายุ ลำดับพี่น้องในครอบครัว และประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็กของนักศึกษาพยาบาล นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21 – 22 ปี คิดเป็นร้อยละ 82.5 ลำดับพี่น้องในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นคนโต คิดเป็นร้อยละ 40.7 และประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก คิดเป็นร้อยละ 82.9
2. พฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ( $\bar{x} = 3.76$ , S.D. = .26)
3. ทักษะติดต่อการพยาบาลเด็ก ได้แก่ ทักษะติดต่อตนเอง ทักษะติดต่อผู้ป่วยเด็ก ทักษะติดต่อเรื่องราวที่สื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก และทักษะติดต่อการปฏิบัติงานบนหนอผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับดี ( $\bar{x} = 4.31$ , S.D. = .32)

4. แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล ได้แก่ ด้านการดูแล ด้านการเป็นผู้สอน ด้านการให้คำปรึกษา และด้านการเป็นผู้แทนผู้ป่วยเด็กตามการรายงานของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ( $\bar{X} = 3.90$ , S.D. = .59)

5. ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ พัฒนาการทางภาษาและอารมณ์สังคมของเด็ก และวิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กอยู่ในระดับผ่านเกณฑ์ ( $\bar{X} = 7.74$ )

6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ ลำดับพี่น้องในครอบครัว และประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ทักษะติดต่อการพยาบาลเด็ก แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล กับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล

6.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุกับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรม การสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.106$ )

6.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านลำดับพี่น้องในครอบครัวกับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ลำดับพี่น้องในครอบครัว ได้แก่ คนโต คนเดียว คนกลาง (ตั้งแต่คนที่ 2 ขึ้นไป) และคนสุดท้อง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $C = .040$ ,  $\chi^2 = 7.00$ ,  $C = .017$ ,  $\chi^2 = 1.176$ ,  $C = .083$ ,  $\chi^2 = 3.089$  และ  $C = .112$ ,  $\chi^2 = 5.165$  ตามลำดับ)

6.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็กกับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล พบว่า การไม่มีและมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก ไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $C = .047$ ,  $\chi^2 = 1.378$ ,  $C = .040$ ,  $\chi^2 = 1.378$  ตามลำดับ)

6.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กกับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .068$ )

6.5 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการพยาบาลเด็กกับผู้ป่วยเด็กกับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ทัศนคติต่อการพยาบาลเด็กมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .463$ )

6.6 ความสัมพันธ์ระหว่างแบบอย่างของอาจารย์พยาบาลกับผู้ป่วยเด็กกับ พฤติกรรม การสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล พบว่า แบบอย่างของอาจารย์พยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .382$ )

7. การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ลำดับพี่น้องในครอบครัว (คนโต คนเดียว คนกลาง (คนที่ 2 ขึ้นไป) และคนสุดท้อง) ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ทักษะติดต่อการพยาบาลเด็ก แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล กับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก พบว่า ทักษะติดต่อการพยาบาลเด็ก แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล การมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก และคนสุดท้องของลำดับพี่น้องในครอบครัว สามารถมีปฏิกริยาต่อกัน (Interaction) พยากรณ์พฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กได้ร้อยละ 27.0 ( $R^2 = .270$ ) ได้สร้างสมการพยากรณ์พฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ดังนี้

สมการในรูปคะแนนดิบ :

พฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล =  $72.454 + 4.05$  (ทักษะติดต่อการพยาบาลเด็ก) +  $.139$  (แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล) +  $2.292$  (การมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก) +  $1.868$  (คนสุดท้อง)

สมการในรูปมาตรฐาน :

พฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล =  $.363$  (ทักษะติดต่อการพยาบาลเด็ก) +  $.213$  (แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล) +  $.097$  (การมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก) +  $.096$  (คนสุดท้อง)

### อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ทักษะติดต่อการพยาบาลเด็ก แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล กับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล ผลการศึกษาแยกอภิปรายตามสมมติฐานได้ดังนี้

**สมมติฐานที่ 1** ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ลำดับพี่น้องในครอบครัว และ ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล

อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.106$ ) หมายถึงว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีอายุน้อยมีพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กที่เหมาะสมมาก ตรงข้ามนักศึกษาพยาบาลที่มีอายุมากขึ้นมีพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กเหมาะสมน้อยลง สามารถอธิบายได้ดังนี้ สังคมของเด็กส่วนใหญ่จะสามารถตอบสนองและสนิทกับเพื่อนวัยเดียวกันหรือวัยที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลอยู่ในวัยรุ่นตอนปลายและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เมื่อพิจารณาจากกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลกับผู้ป่วยเด็กจะพบว่า ช่วงความห่างของอายุอาจมีผลต่อการสื่อสารระหว่างกันและกัน โดยความห่างของอายุที่น้อยเท่าไรมีโอกาสที่จะสามารถสื่อสารและเข้าใจกันได้ดีกว่าความห่างของอายุที่มากขึ้น ดังที่ Sonnenschein (1986 อ้างถึงใน ศศิธร สกุลกิม, 2535 : 29-30) กล่าวว่า เด็กเล็กจะประเมินคุณภาพของข่าวสารจากผู้พูดที่เป็นผู้ใหญ่ได้ถูกต้องน้อยกว่าเมื่อผู้พูดเป็นเด็ก และการวิจัยของ ศศิธร สกุลกิม (2535 : 24) พบว่า เด็กเล็กจะตัดสินคุณภาพข่าวสารโดยคำนึงถึงพฤติกรรมของผู้ฟัง นั่นก็คือเมื่อผู้ส่งสารและผู้รับสารมีพฤติกรรมที่ใกล้เคียงกัน ย่อมตอบสนองกันได้เหมาะสมกับความต้องการ ซึ่งถ้าอายุที่ไม่ห่างกันมากย่อมเข้าใจในพฤติกรรมของกันและกันได้ดี ดังนั้นพฤติกรรมการสื่อสารของนักศึกษาพยาบาลที่มีอายุไม่ห่างกับผู้ป่วยเด็กมาก จึงสามารถเข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กได้ดีกว่านักศึกษาพยาบาลที่มีช่วงอายุห่างจากผู้ป่วยเด็กมาก ซึ่งสามารถสนับสนุนบางส่วนของสมมติฐานที่ 1

ลำดับพี่น้องในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $C = .124$ ,  $\chi^2 = 6.634$ ) หมายถึงว่า ลำดับพี่น้องในครอบครัวของนักศึกษาพยาบาลที่ต่างกัน มีพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กได้เหมือนกัน สามารถอธิบายได้ดังนี้ เดิมมารดา มีบทบาทหน้าที่ในการเลี้ยงดูบุตรเป็นหลัก แต่ปัจจุบันด้วยสภาพสังคมเศรษฐกิจ มารดาจะต้องออกทำงานนอกบ้านและให้สถานเลี้ยงเด็กทำหน้าที่ดูแลบุตรแทน (สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ, 2537: 49-51) ซึ่งทำให้ความใกล้ชิดระหว่างมารดากับบุตรอาจลดลง ทำให้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดากับบุตรก็อาจลดลงตาม ธีรนนท์ อนุวัชศิริวงศ์ (2527: 3) กล่าวว่า การใกล้ชิดของมารดากับบุตรเป็นการรักษาระบบการสื่อสารให้สมดุลย์และต่อเนื่อง โดยเด็กจะเลียนแบบมารดาที่ดูแลตนเองซึ่งเป็นบุคคลอันเป็นที่รัก เพราะการเลียนแบบมารดาที่เลี้ยงดู จะทำให้เด็กเกิดความพึงพอใจเหมือนตนเองอยู่ใกล้ชิดกับมารดาที่เลี้ยงดูในขณะนั้น (Sears, Maccoby and Levin, 1957 อ้างถึงใน ดวงเดือน พันธุมนาวิน, 2524: 8) แต่เมื่อความใกล้ชิดในการเลี้ยงดูของมารดากับบุตรลดลง โอกาสในการเลียนแบบพฤติกรรมของบุตรจากมารดาก็ลดลงด้วย ดังนั้นไม่ว่าบุคคลจะเป็นบุตรที่ลำดับการเกิดต่างกัน การเลียนแบบมารดาในการแสดงออกเพื่อสื่อสารกับบุคคลอื่นๆ ได้พอๆ กัน ซึ่งทำให้

นักศึกษาพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่มีลำดับการเกิดต่างๆ สามารถรับและส่งความหมายในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กได้ใกล้เคียงกัน จึงทำให้ไม่สนับสนุนบางส่วนของสมมติฐานที่ 1

ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็กไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $C = .047$ ,  $\chi^2 = .936$ ) หมายถึงว่า นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กไม่เกี่ยวข้องประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็กสามารถอธิบายได้ดังนี้ ความสามารถในการสื่อสารกับบุคคลอื่นอาจต่างกันเมื่อประสบการณ์ที่บุคคลได้รับต่างกัน (ประดินันท์ อุปรภัย, 2532: 88-89) แต่เมื่อเผชิญกับภาวะที่ไม่คุ้นเคยและเกิดความเครียดจะทำให้ไม่สามารถนำประสบการณ์ที่บุคคลเคยมี มาประยุกต์ใช้ในการแสดงออกทางพฤติกรรม ดังที่ Lazarus and Folkman (1984: 784) กล่าวว่า ความเครียดเป็นผลต่อการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทางลบตามสถานการณ์นั้นๆ ในการฝึกภาคปฏิบัติวิชาการพยาบาลเด็ก 3 เป็นการฝึกปฏิบัติการพยาบาลแก่เด็กที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนทั้งในระยะเฉียบพลัน ระยะเรื้อรัง ระยะสุดท้าย และการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยเด็กเป็นครั้งแรกของนักศึกษาพยาบาล จากการสังเกตของผู้วิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีท่าที่ไม่มั่นใจในการให้การพยาบาลเด็กและเกิดความวิตกกังวลกับความเครียดตามมา สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kleehammer, Hart and Keck (1990 : 183-187) ที่พบว่า ความวิตกกังวลของนักศึกษาพยาบาลขณะฝึกปฏิบัติงานส่วนหนึ่งมาจากการฝึกปฏิบัติงานครั้งแรก กลัวทำงานผิดพลาด การไม่คุ้นเคยกับอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ และสอดคล้องผลการวิจัยของ Ganga (1992: 692) พบว่า การฝึกปฏิบัติงานครั้งแรกเป็นส่วนหนึ่งในความเครียดของนักศึกษาพยาบาล นั่นก็คือ เมื่อความเครียดเกิดขึ้นกับนักศึกษาพยาบาลทั้งที่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็กหรือไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก อาจส่งผลกระทบต่อปฏิสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาพยาบาลกับผู้ป่วยเด็กได้ ดังนั้นพฤติกรรมการสื่อสารของนักศึกษาพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็กหรือไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็กอาจใกล้เคียง ซึ่งจากการวิจัยพบว่า การกระจายของข้อมูลมีน้อย ( $S.D. = .26$ ) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กที่ใกล้เคียงกัน จึงทำให้ไม่สนับสนุนบางส่วนของสมมติฐานที่ 1

**สมมติฐานที่ 2** ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล สามารถอธิบายได้ว่า ความรู้เป็นความเข้าใจของบุคคลซึ่งเกี่ยวกับข้อเท็จจริงที่ได้จากการเรียนรู้ ศึกษาค้นคว้า หรือการระลึกถึง



เรื่องราวต่างๆ ที่เคยมีประสบการณ์มาแล้ว โดยผ่านกระบวนการทางจิตวิทยาของความจำในการเชื่อมระบบใหม่ซึ่งจะต้องอาศัยเวลา เพื่อนำไปสู่การแสดงออกของพฤติกรรม (Bloom,1971:201;บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์,2535:7) และความรู้นี้ก็ป็นขั้นตอนเริ่มต้นในการแสดงออกของพฤติกรรม (ประภาเพ็ญ สุวรรณ,2526: 16) เนื่องจากความรู้เพียงอย่างเดียวไม่สามารถเชื่อมโยงให้บุคคลกระทำพฤติกรรมได้ แต่ต้องอาศัยปัจจัยอีกหลายอย่าง เช่น ทักษะคติ ความเชื่อ แรงจูงใจ และแรงสนับสนุนจากสังคม (Goldrick and Turner, 1995) ซึ่งจากผลการวิจัยนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลมีค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของอยู่ในระดับผ่านเกณฑ์ ( $\bar{X} = 7.74$ ) และค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ( $\bar{X} = 3.86$ ) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กอาจไม่ใช่ปัจจัยโดยตรงที่สามารถเชื่อมโยงให้บุคคลแสดงพฤติกรรมได้ ดังที่ Alvaran, Butz and Larson (1994 อ้างถึงใน สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, 2540) ที่ศึกษาพฤติกรรมการล้างมือของพยาบาลพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ในเรื่องการล้างมือของพยาบาลในสถานดูแล ผู้ป่วยเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการล้างมือ จินตนา สิทธิเดช (2542, 19-23) ที่ศึกษาพฤติกรรมการล้างมือของพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการล้างมือไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรม การล้างมือ เนื่องจากมีปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการล้างมือ เช่น นิสัย ความเคยชิน การขาดความตระหนักถึงความเสี่ยง ภาระงาน สถานการณ์ที่เร่งด่วน การส่งเสริมความรู้ไม่มีการประชาสัมพันธ์หรือชักชวนอย่างจริงจัง การล้างมือตามปฏิบัติงานยังไม่เป็นที่แพร่หลาย รวมทั้งการสนับสนุนและจูงใจให้ล้างมือจากหัวหน้าหอผู้ป่วย และเป็นแบบอย่างที่ดีที่จะกระตุ้นเตือนให้มีการล้างมือมากขึ้น และการวิจัยของ ยური พงศ์จตุวิทย์ และศุภรวิใจ เจริญสุข (2538) พบว่าความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อระหว่างปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยในนักศึกษาพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วย

**สมมติฐานที่ 3** ทักษะคติต่อการพยาบาลเด็ก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล

ผลการวิจัยพบว่า ทักษะคติต่อการพยาบาลเด็ก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .463$ ) หมายถึงว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีทักษะคติต่อการพยาบาลเด็กดีจะมีพฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กดี สามารถอธิบายได้ว่า ทักษะคติเป็นความเชื่อ ความรู้สึกที่ชอบหรือไม่ชอบของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ในสภาวะความพร้อมที่จะเป็นแรงกำหนดทิศทางของปฏิกิริยาของบุคคลต่อสิ่งนั้น (Alport,

1960 อ้างถึงใน ปรียาพร วงศ์โรจน์, 2540 : 207, ลิวลี ศิริไล, 2542: 76 ) ดังที่ Bloom et al. (1973 อ้างถึงใน ธวัชชัย ชัยจิรฉายากุล, 2527) กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีความรู้สึกหรือทัศนคติที่ดีต่อสิ่งใด จะส่งผลให้บุคคลนั้นปฏิบัติสิ่งนั้นให้ลุล่วงไปได้ดี และเมื่อบุคคลปฏิบัติงานได้ดีก็必将เกิดความพอใจ เกิดเป็นทัศนคติที่ดีต่องานนั้นตามมา ในการพยาบาลเด็ก พยาบาลจะต้องให้การพยาบาล ผู้ป่วยเด็กซึ่งมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้น้อย มีความสามารถในการสื่อสารด้วยคำพูดเกี่ยวกับความต้องการของตนเองก็มีจำกัด จึงมักสื่อสารโดยการแสดงออกทางพฤติกรรม ซึ่งพยาบาลจะต้องใช้ความสามารถในการสังเกต อดทน ยอมรับและเข้าใจพฤติกรรมที่เด็กแสดงออก แล้วตอบสนองความต้องการของเด็กด้วยศาสตร์และศิลป์ที่มีในตัวพยาบาลด้วยความสุขและภูมิใจในการบริการเด็ก ซึ่งจากกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลโดยเฉลี่ยพบว่า มีทัศนคติต่อการพยาบาลเด็กอยู่ในระดับดี และพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กอยู่ในระดับเหมาะสมมาก แสดงให้เห็นว่าทัศนคติของบุคคลสามารถโน้มนำบุคคลนั้นให้แสดงออกทางพฤติกรรมในทิศทางเดียวกับทัศนคติได้ ดังที่ ฉลองรัฐ อินทรีย์ และคณะ (2519) สำรวจทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลประจำการทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคต่อการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์พบว่า นักศึกษาพยาบาลและพยาบาลประจำการที่เลือกปฏิบัติการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ เพราะมีความรักและสงสารเด็ก สอดคล้องกับ พรพรรณ เรียบัญญา (2537) ที่ศึกษาการปฏิบัติตามหลักการป้องกันติดเชื้อแบบครอบจักรวาลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลน่าน พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตามหลักการป้องกันติดเชื้อแบบครอบจักรวาลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลน่าน จันทน์ สัจจาตุระ และลดา ไชยแก้ว (2540) ก็พบว่าทัศนคติของการพยาบาลในโรงพยาบาลพัทลุงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข และรุ่งรวี จันท์แดง (2540) พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการพยาบาลด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลของรัฐของพยาบาลประจำการ

**สมมติฐานที่ 4** แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล

ผลการวิจัยพบว่า แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .463$ ) หมายถึงว่า นักศึกษาพยาบาลที่ได้เห็นแบบอย่างที่ดีของอาจารย์พยาบาลในการแสดงพฤติกรรม การสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กมีแนวโน้มที่จะแสดงออกทางพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กได้เหมาะสมเพิ่มขึ้น สามารถอธิบายได้ว่า แบบอย่างที่เป็นบุคคล สามารถถูกเรียนรู้ได้ด้วยการ

สังเกต โดยแบบอย่างตัวบุคคลสามารถถ่ายทอดความคิดและการแสดงออกได้พร้อมๆกัน ทำให้ผู้สังเกตสามารถสังเกต จดจำ และจูงใจให้เลียนแบบของการแสดงออกจากแบบอย่างที่เป็นตัวบุคคลได้ (Bandura, 1986 อ้างถึงใน ชนาทิพ ละม่อม, 3534) ซึ่งในขณะที่ฝึกภาคปฏิบัติการพยาบาลเด็ก นักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้การปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยเด็กในสภาพของความเป็นจริง ร่วมกับการนิเทศของอาจารย์พยาบาลโดยผ่านการสนทนากับผู้ป่วย และได้รับข้อมูลย้อนกลับทันทีทั้งจากผู้ป่วยเด็กและอาจารย์ จึงทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดการเรียนรู้ด้วยการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกของอาจารย์พยาบาลขณะปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย และเลียนแบบพฤติกรรมของอาจารย์พยาบาล ดังที่ อารีย์ สุขก้องวารี (2539) กล่าวว่า อาจารย์พยาบาลเป็นแบบอย่างในการแสดงบทบาทพยาบาลวิชาชีพแก่นักศึกษาพยาบาล สอดคล้องกับ Rauen (1974: 33-37) ที่ศึกษาความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับแบบอย่างของอาจารย์พยาบาล พบว่าอาจารย์พยาบาลมีอิทธิพลต่อการสร้างแบบอย่างของนักศึกษาพยาบาลอย่างมาก และมีส่วนสำคัญที่ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลเป็นพยาบาลที่สมบูรณ์ได้ และการผลการวิจัยของ ณีฐสุวรรณ คำแสน (2540) พบว่าบทบาทการสอนการพยาบาลจิตวิญญาณของอาจารย์พยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การพยาบาลจิตวิญญาณของนักศึกษาพยาบาล

**สมมติฐานที่ 5** ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ทักษะติดต่อการพยาบาลเด็ก แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาลได้

ผลการศึกษาคั้งนี้ เมื่อใช้การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณแบบ Enter ในการพยากรณ์พฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ทักษะติดต่อการพยาบาลเด็ก แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล การมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก และคนสุดท้ายของลำดับพี่น้องในครอบครัว เป็นตัวทำนายที่มีปฏิริยาต่อกัน (Interaction) และสามารถร่วมพยากรณ์พฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กได้ร้อยละ 27.0 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 แสดงว่าสมมติฐานที่ 5 ได้รับการสนับสนุนบางส่วน สามารถอธิบายได้ว่าในการพยาบาลเด็ก พยาบาลที่มีทัศนคติที่ดีต่อการพยาบาลเด็ก ได้เห็นแบบอย่างที่ดีของอาจารย์พยาบาล เคยมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก และเป็นบุตรคนสุดท้ายของลำดับพี่น้องในครอบครัว จะเป็นปัจจัยที่ผสมผสานกัน ทำให้เกิดความสามารถในการแสดงพฤติกรรมสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเด็ก โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาล มีพฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กโดยเฉลี่ยในระดับเหมาะสมมาก และมีตัวแปรพยากรณ์ที่มีปฏิริยาต่อกัน (Interaction) 4 ตัวแปร ในการทำนายพฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ดังนี้

ทัศนคติต่อการพยาบาลเด็ก ดังจะเห็นได้ว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Beta) ซึ่งมีน้ำหนักของความสำคัญต่อพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กมากเป็นลำดับแรก เท่ากับ .356 เนื่องจากบุคคลที่จะแสดงออกทางพฤติกรรมได้นั้น ทัศนคติเป็นส่วนประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งที่บุคคลจะมีพฤติกรรมที่คงทนถาวร (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2536) การพยาบาลเด็ก เป็นงานที่เกี่ยวข้องกับเด็กที่กำลังเจ็บป่วย ซึ่งตัวเด็กเองก็มีข้อจำกัดในการสื่อสารเพื่อขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น ทำให้การสื่อสารของเด็กมักจะแสดงออกทางพฤติกรรมตามแต่ละสถานการณ์ที่ได้รับ เช่น ร้องไห้ ทำลายพยาบาล กล่าวคำที่ไม่สุภาพ เป็นต้น หากพยาบาลมีความรักและเข้าใจพฤติกรรมของเด็ก พยาบาลก็จะพยายามหาวิธีการที่สื่อให้ผู้ป่วยเด็กเข้าใจและร่วมมือในการรักษาพยาบาล แล้วพยาบาลก็จะมีความสุขและภาคภูมิใจในงานที่ทำได้

แบบอย่างของอาจารย์พยาบาลที่นักศึกษาพยาบาลได้เห็นอาจารย์พยาบาลแสดงออกในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กพยาบาลขณะอยู่บนหอผู้ป่วยเด็ก ซึ่งอาจารย์พยาบาลเป็นบุคคลที่นักศึกษาพยาบาลให้ความสำคัญและได้รับการมองว่าเป็นแบบอย่างที่แสดงบทบาทการปฏิบัติการพยาบาลขณะนิเทศนักศึกษาพยาบาลบนหอผู้ป่วย (อารีย์ สุขก้องวารี, 2539: Wiseman, 1994: 405-410; Rauen, 1974 :33-39) โดยนักศึกษาพยาบาลจะสังเกตการ แสดงออกในการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยของอาจารย์พยาบาล แล้วจดจำ และเลียนแบบ เพื่อนักศึกษาพยาบาลจะได้แสดงออกในขณะปฏิบัติการพยาบาลกับ ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ดังจะเห็นได้ว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Beta) ซึ่งมีน้ำหนักของความสำคัญต่อพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กมากเป็นลำดับที่ 2 เท่ากับ .219

การมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก ตามแนวคิดการเรียนรู้ของ Thorndike (อ้างถึงใน ลิขิต กาญจนารักษ์, มปป: 50-51) จะเห็นว่าประสบการณ์ที่สื่อสารกับเด็กในขณะเลี้ยงดูเด็ก เป็นการเรียนรู้อย่างหนึ่งที่อาศัยการลองผิดลองถูกของบุคคล ที่จะรับรู้ความต้องการของเด็กและวิธีการตอบสนองความต้องการนั้น โดยผลที่ได้รับก็คือพฤติกรรมที่แสดงออกเมื่อเด็กได้รับการตอบสนอง เช่น การหัวเราะ ยิ้ม เป็นต้น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก โดยนักศึกษาพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็กอาจเรียนรู้ที่จะรับทราบและแปลความหมายของพฤติกรรมที่แสดงออกของเด็ก และเรียนรู้ที่จะแสดงออกกับเด็กอย่างไรเพื่อตอบสนองความต้องการนั้น ซึ่งการมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็กมีน้ำหนักของความสำคัญต่อพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กมากเป็นลำดับที่ 3 คือ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Beta) เท่ากับ .094

คนสุดท้ายของลำดับพี่น้องในครอบครัว ซึ่งอาจเป็นประสบการณ์การเรียนรู้ของบุคคลอีก อย่างในขณะที่ได้รับรู้พฤติกรรมของผู้อื่นที่แสดงออกเพื่อการตอบสนองของบุคคลนั้น ดังที่ Pillitteri (1992: 874) กล่าวว่า ทารกจะมีความสุข เมื่อได้รับการปฏิสัมพันธ์จากพี่น้องที่มีอายุมากกว่า จาก



กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลมีบางส่วนเป็นคนสุดท้ายของลำดับพี่น้องในครอบครัว ซึ่งมีโอกาสได้รับและจดจำการมีปฏิสัมพันธ์ด้านการสื่อสาร เช่น การพูดคุย การอุ้มสัมผัส มีกิริยาท่าทางด้วยความรักเป็นมิตร จากพี่น้องมากกว่านักศึกษาพยาบาลที่เป็นบุตรคนเดียว คนโต หรือคนกลาง (คนที่ 2 ขึ้นไป) จึงเป็นการพัฒนาการทางภาษาและสามารถเลียนแบบพฤติกรรมในการมีปฏิสัมพันธ์ทางการสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ดี โดยคนสุดท้ายของลำดับพี่น้องในครอบครัวมีน้ำหนักของความสำคัญต่อพฤติกรรม การสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กมากเป็นลำดับที่ 4 คือ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Beta) เท่ากับ .093

เมื่อพิจารณาผลสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตามความสัมพันธ์ทางเดียว พบว่า การมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก หรือคนสุดท้ายของลำดับพี่น้องในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก แต่เมื่อพิจารณาสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณแบบ Enter พบว่า การมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก หรือคนสุดท้ายของลำดับพี่น้องในครอบครัว สามารถเป็นตัวแปรพยากรณ์ที่ทำนายพฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กได้ โดยเป็นตัวแปรที่เสริมให้มีความสามารถในการทำนายเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่า เมื่อนักศึกษาพยาบาลมีทัศนคติที่ดีต่อการพยาบาลเด็ก และได้รับเรียนรู้จากแบบอย่างที่ดีของอาจารย์พยาบาลในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กแล้ว หากนักศึกษาพยาบาลเคยมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก ก็จะสามารถส่งเสริมการรับและส่งสารกับเด็กได้บวกกับนักศึกษาพยาบาลได้มีโอกาสเรียนรู้ จดจำการสื่อสารที่ผู้อื่นที่นำสารเข้ามาสื่อสารด้วย ซึ่งเป็นการพัฒนาการใช้ภาษาและเลียนแบบการแสดงพฤติกรรมในรับและส่งสารเพิ่มขึ้น ดังนั้นตัวแปรพยากรณ์ ได้แก่ ทัศนคติต่อการพยาบาลเด็ก แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล การมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก และคนสุดท้าย ของลำดับพี่น้องในครอบครัวที่มีความสามารถในการมีปฏิริยาต่อกัน (Interaction) สามารถพยากรณ์พฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กได้ร้อยละ 27.0 ส่วนที่เหลือร้อยละ 73.0 ไม่สามารถอธิบายได้จากการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากปัจจัยอื่นๆ

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ทัศนคติต่อการพยาบาลเด็กและแบบอย่างของอาจารย์พยาบาลมีความสัมพันธ์ และสามารถพยากรณ์พฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นควรมีการส่งเสริมพฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กให้กับนักศึกษาพยาบาล โดยให้อาจารย์พยาบาลเป็นสื่อกลางในการเสนอพฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กให้นักศึกษาพยาบาลได้สังเกต และเรียนรู้พฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก



1.2 ควรมีการจัดอบรมอาจารย์พยาบาลในการส่งเสริมการสร้างทัศนคติต่อการพยาบาลเด็กให้กับนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลสามารถแสดงพฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กได้ดีเพิ่มขึ้น

## 2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กในด้านอื่นๆ เช่น แรงจูงใจ แรงสนับสนุนจากสังคม

2.2 ควรศึกษากลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลที่สิ้นสุดการฝึกภาคปฏิบัติการพยาบาลเด็ก 3 ในสัปดาห์แรก เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้รับการเรียนรู้ที่เท่าๆ กัน

2.3 ควรศึกษาวิธีการส่งเสริมพฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาลในเชิงทดลองโดยใช้ตัวแบบต่างๆ เช่น วีดีโอ



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กนกรัตน์ สุขตุงคะ. 2540. คู่มือจำกัดคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เมดคัล มีเดีย.
- กระทรวงสาธารณสุข, สถาบันพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข. 2537. หลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์(ฉบับปรับปรุง) พ.ศ. 2537. สำนักปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข, สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. 2540. หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต พ.ศ. 2540. ม.ป.ท. (สำเนา).
- กาญจนา ศิริเจริญวงศ์. 2532. ผลการบำบัดด้วยหนังสือแบบประยุกต์ต่อความวิตกกังวลจากการแยกจากผู้เลี้ยงดูของผู้ป่วยเด็กก่อนวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กาญจนา ศิริเจริญวงศ์. 2542. นิทาน : การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียน. วารสารการพยาบาล 14(4): 1-9.
- กฤษณี คำชาย. 2540. จิตวิทยาการเรียนการสอน. กรุงเทพมหานคร: 9119 เทคนิคพรินติ้ง.
- กฤษณา เสือทอง และ กฤษตยา พรหมณะ. 2532. บริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพอนามัย. วารสารแพทยนครสัมพันธ์ 16(1): 15-24.
- ขวัญเรือน กิตติวัฒนา. 2531. พฤติกรรมการณ์สื่อสาร. ใน เอกสารการสอนชุดพลศาสตร์ของการสื่อสาร หน่วยที่1-7. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- งามเอก ลำมะนา. 2539. การรับรู้แบบอย่างบทบาทพยาบาลวิชาชีพจากพยาบาลประจำการและอาจารย์พยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในสถาบันการศึกษาพยาบาลเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทน์ สัจจาตุระ และ ลดา ไชยแก้ว. 2540. ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของพยาบาลในโรงพยาบาลพัทลุง. วารสารการศึกษาพยาบาล 8(2): 65-72.
- จารุวรรณ เอกอรรถผล. 2530. การวิเคราะห์ปฏิกิริยาสัมพันธ์ของพยาบาลกับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา สิทธิเดช. 2542. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการณ์ล้างมือของพยาบาลและพยาบาลเทคนิคที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี 11(1): 19-23.

- ฉลองรัฐ อินทรีย์. 2522. อิทธิพลของความเจ็บป่วยที่มีต่อเด็กและครอบครัว. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม.
- ฉลองรัฐ อินทรีย์และคณะ. 2519. รายงานการวิจัยการสำรวจทัศนคติของนักศึกษาพยาบาล และพยาบาลประจำการทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคที่มีต่อการพยาบาลกุมารเวช ศาสตร์. ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เฉลิม วงษ์จันทร์. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมกับ ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมองพิการ. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชนาทิพ ละม่อม. 2534. การเปรียบเทียบผลการใช้ตัวแบบที่มีต่อการเพิ่มพฤติกรรมการร่วมมือ ของเด็กที่มีการร่วมมือต่ำในระดับอายุต่างกัน. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชื่นจิตต์ ประสมสุข. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้และเจตคติต่อ สิทธิของผู้ป่วยกับการปฏิบัติการพยาบาลที่เคารพสิทธิของผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณัฐวรรณ คำแสน. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทการสอนพยาบาลจิตวิญญาณของ อาจารย์ความผาสุทางจิตวิญญาณของนักศึกษา กับพฤติกรรมพยาบาลจิตวิญญาณตาม การรายงานของนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวง สาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิต วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงเดือน พันธมนาวิน. 2524. พฤติกรรมศาสตร์ เล่ม 2. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- ดวงรัตน์ คัดทะเล. 2532. ผลของการเตรียมด้านจิตใจด้วยการเล่าเรื่องต่อการให้ความร่วมมือ ในการเจาะหลังของเด็กวัยก่อนเข้าเรียน. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ถิรนนท์ อนวัชศิริวงศ์. 2527. พฤติกรรมสื่อสารระหว่างเด็กกับผู้ใหญ่ : แนวคิดและ กรณีสึกษา. กรุงเทพฯ: ภาควิชาวาทยวิทยาและการสื่อสารการแสดงคณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ถิรนนท์ อนวัชศิริวงศ์. 2528. พฤติกรรมสื่อสาร Communication Behavior. กรุงเทพมหานคร : OS Printing house Co.
- ทัศนีย์ ตรีศายลักษณ์. 2542. ผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดา-ทารกต่อความผูกพัน ระหว่างมารดา-ทารกและการเจริญเติบโตของทารกคลอดก่อนกำหนด. วิทยานิพนธ์ ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ทัศนีย์ อรรถารศ. 2538. ผลของการเตรียมจิตใจต่อการกลัวในการรับรังสีรักษาในเด็กวัยก่อน  
เรียนที่เป็นโรคมะเร็ง.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลแม่และเด็ก  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทัศนีย์ อรรถารศ. 2539. การดูแลด้านจิตใจเด็กเมื่อได้รับการปฏิบัติการพยาบาล. วิทยาสาร  
พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย 21(3) : 162-168.
- ธนวดี บุญลือ. 2531. ทฤษฎีและแบบจำลองพื้นฐานทางการสื่อสาร.ใน เอกสารการสอนชุดวิชาหลัก  
และทฤษฎีการสื่อสาร หน่วยที่ 9-15. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยมหวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ธวัชชัย ชัยจิรฉายากุล. 2527. จุดมุ่งหมายสำหรับการเรียนการสอนและการพัฒนาหลักสูตร : แนวคิด  
และแนวปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์.
- ธีระพร อูวรรณโณ. 2532. ทฤษฎีและกระบวนการเรียนรู้ของนักเรียนวัยรุ่น. ใน เอกสารชุดการสอนวิชา  
พฤติกรรมวัยรุ่นหน่วยที่ 1-8. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยมหวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- นฤมล ธีระรังสิกุล. 2532. ภาวะจิตสังคมของเด็กวัยเรียนและครอบครัวเมื่อเด็กต้องแยกรักษาใน  
โรงพยาบาล.วารสารพยาบาล 14(2) : 23-33.
- นฤมล ธีระรังสิกุล. 2532. ผลของการเตรียมเด็กวัยตอนต้นโดยใช้การเล่นต่ออาการกลัวฉี่เปีย.วิทยานิพนธ์  
ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นฤมล ปทุมรักษ์. 2529. การวิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการพยาบาลของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยอภิบาล  
ผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลของรัฐ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการ  
พยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิบล รุจิประเสริฐ. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบางประการกับการ  
แสดงบทบาทการเป็นมารดาในที่คลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย.วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บังอร ศิริบูรณะภานนท์. 2540. การศึกษาพฤติกรรมกรรมการพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประคองในระยะ  
คลอดตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้คลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชา  
พยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2535. การวัดและการประเมินผลการเรียนการสอน. พิมพ์ครั้งที่ 2.  
กรุงเทพมหานคร: B & B Publishing.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2540. การวัดและการประเมินผลการเรียนการสอน. พิมพ์ครั้งที่ 4.  
กรุงเทพมหานคร: B & B Publishing.
- บุญวดี เพชรรัตน์. 2539. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1. สงขลา: สามการพิมพ์.
- บุญศรี ปราภณศักดิ์ และ ศิริพร จิรวัดน์กุล. 2536. การสื่อสารเพื่อคุณภาพการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่  
ที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ประมะ สตะเวทิน. 2538. หลักนิเทศศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์.
- ประคอง กรรณสูต. 2542. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร:  
ด้านสุขภาพพิมพ์.
- ประดินันท์ อุปรมัย. 2532. จิตวิทยากับการใช้ภาษาเพื่อการสื่อสาร. ใน เอกสารการสอนชุดวิชาภาษา  
เพื่อสื่อสารหน่วยที่ 1-7. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526. ทัศนคติ : การวัด การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2:  
กรุงเทพมหานคร: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ. 2536. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขภาพศึกษา.  
พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เจ้าพระยาการพิมพ์.
- ปริญญา ศรีธราพิพัฒน์. 2540. การศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของนักศึกษาพยาบาล  
กรณีศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปริศนา สุนทรไชย. 2534. ผู้ป่วยเด็กโรคคुकคามซีวิตและครอบครัว : เที่ยงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์. 2540. จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพมหานคร: สหมิตรออฟเซท.
- ปิยนันท์ แสนสุข. 2539. สมรรถนะที่พึงประสงค์ด้านการประชาสัมพันธ์ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาล  
ศาสตร์ศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ผ่องศรี เกียรติเลิศสนภา. 2526. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมคัดสรรในคลินิกกับ  
ความคิดเห็นต่อวิชาชีพพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต  
สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาลัยมหิดล.
- พรพรรณ เถียรปัญญา. 2538. ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์กับการปฏิบัติในการ  
ป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของพยาบาลผู้ติศาสตร์และนารีเวชวิทยาโรงพยาบาลมหาราช  
นครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิต  
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พวงพิศ ชนะมณี และ คณะ. 2533. รายงานการสัมมนาเรื่องแบบประเมินด้านจิตสังคมของผู้ป่วยฝ่ายการ.  
กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาพยาบาลศึกษา สาขาบริหารพยาบาล จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย.
- พัชรี สนวนแก้ว. 2536. จิตวิทยาพัฒนาการและการดูแลเด็กปฐมวัย. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์การพิมพ์  
ดวงกมล จำกัด.
- พิชชุดา วิรัชพินทุ. 2534. ศึกษาพฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลต่อผู้ป่วย ตามการรับรู้ของ  
พยาบาลและการรับรู้ของผู้ป่วยที่หน่วยแพทย์เวร-ฉุกเฉิน แผนกตรวจรักษาผู้ป่วยนอก.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย



มหาวิทยาลัยมหิดล.

พิณทิพย์ ทวยเจริญ. 2539. ภาษาศาสตร์เชิงจิตวิทยา. กรุงเทพมหานคร: คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ไพโรรัตน์ ทองอุไร. 2529. สัมพันธภาพระหว่างบุคคลทางการพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพฯ: สหมิตรออฟเซฟ.

เพ็ญจันทร์ สุนทรอาจารย์. 2524. ความสามารถในการพูดของเด็กวัยก่อนเรียน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาประถมศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เพ็ญวรรณ มหาผล. 2539. ผลการสอนโดยใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ต่อเจตคติในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เพ็ญวิไล ฤทธาคณานนท์. 2536. พัฒนาการทางพุทธิปัญญา. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พาริดา อิบราฮิม. 2535. สาระแห่งวิชาชีวะพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์.

ยุณี พงศ์จตุรวิทย์ และ ศุภกรใจ เจริญสุข. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อระหว่างปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี. ใน การประชุมวิชาการการวิจัยทางการพยาบาลแห่งชาติ ครั้งที่ 1. วันที่ 25 – 27 มีนาคม ณ โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ สุขุมวิท กรุงเทพมหานคร.

ยุวดี ภาษา. 2539. วิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: สยามศิลป์การพิมพ์.

รพีพร ธรรมสาโรรัชต์. 2542. ผลการใช้หนังสือภาพยนต์ตัวแบบต่อการลดความกลัวและการให้ความร่วมมือในการฉีดยาของเด็กวัยก่อนเรียน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

รัชณี ศุภจินทร์รัตน์. 2531. ทักษะการติดต่อสื่อสาร. หาดใหญ่: โรงพิมพ์อัลลายเพชร.

ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พุทธศักราช 2525. 2531. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์.

รุ่งรวี จันทร์แดง. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติการพยาบาลด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- เวรดี ลือพงศ์ลีคนา. 2535. การวิเคราะห์พฤติกรรมของพยาบาลขณะมีการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย  
ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ลิขิต กาญจนภรณ์. มปป. จิตวิทยาพื้นฐานพฤติกรรมมนุษย์. นครปฐม: มหาวิทยาลัย  
ศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์ นครปฐม.
- วรลักษณ์ ช้องวงษ์. 2539. การศึกษาพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของเด็กวัยก่อนเรียนขณะ  
ได้รับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรวรรณ กวินทรานุกวัฒน์. 2538. การฝึกการสื่อสารกับผู้ป่วยรูปแบบของจอยซ์และเขาวงกตของนักศึกษา  
พยาบาลชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลสงขลา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิต  
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- วิเชียร ทวีลาภ. 2534. นิเทศการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์รุ่งเรือง ธรรม.
- วิมล ธนสุวรรณ. 2521. ความคิดเห็นของผู้ปกครองเด็กป่วยและพยาบาลเกี่ยวกับกิจกรรมการ  
พยาบาลในแผนกกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิลเลียม วิมุกตายน. 2538. การสื่อสารทางวาจาเกี่ยวกับวิชาชีพพยาบาล. วารสารวิทยาลัยพยาบาล  
บรมราชชนนี กรุงเทพฯ 10(2): 39-41.
- วิลเลียม วิมุกตายน. 2540. รูปแบบการฝึกเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารทางวาจาสำหรับนักศึกษา  
พยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
ประสานมิตร.
- ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พุทธศักราช 2525. 2531. พิมพ์ครั้งที่ 4.
- วีณา นานาศิลป์และประสพสุข ศรีแสนปาง. 2541. การใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอมเริ่มใน  
สถานการณ์จริง: คำถามและคำตอบ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ  
13(1): 10-15.
- ศรสวาท ชัยครุณ. 2536. ความสัมพันธ์ระหว่างพันธุภาพเชิงช่วยเหลือของอาจารย์พยาบาล  
และนักศึกษา กับประสพการณ์ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลใน  
สถาบันอุดมศึกษาเอกชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล  
ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรียา นิยมธรรม. 2519. พัฒนาการทางภาษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เพื่ออักษร.
- ศรีเรื่อน แก้วกั้งवाल. 2519. จิตวิทยาฝ่ายภาษา (Psychology of language). กรุงเทพฯ:

- โรงพิมพ์แพร์พิทยาอินเตอร์เนชั่นแนล.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. 2538. จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. 2540. จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศศิธร สกุลกิม. 2535. ผลของการสื่อสารที่ไม่ได้ให้ข้อมูลอย่างเพียงพอของบุคคลต่างวัยที่มีต่อความสามารถในการประเมินคุณภาพของข่าวสารของเด็กอายุ 5-10 ปี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริชัย พงษ์วิชัย. 2543. วิธีใช้โปรแกรม SPSS และแปลความหมายผลลัพธ์ที่ได้ (ครอบคลุมตั้งแต่เวอร์ชัน 7.0-9.0). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมาคมคหเศรษฐศาสตร์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชินูปถัมภ์. 2538. ตำราพัฒนาการเด็ก. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์วิบูลย์กิจ.
- สวนิต ชมาภัย และ ระวีวรรณ ประกอบผล. 2528. แบบจำลองการสื่อสาร. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สวนิต ชมาภัย. 2526. การสื่อสารของมนุษย์. กรุงเทพมหานคร: 68 การพิมพ์.
- สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ (กสส.). 2537. ครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.
- สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์. 2540. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลของพยาบาลสำเร็จใหม่ในโรงพยาบาลเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สิวลี ศิริไล. 2542. จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุใจ ศรีเพียรเอม. 2539. ศึกษาพฤติกรรมกรรมการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุชา จันทน์เอม. 2538. จิตวิทยาเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุชา จันทน์เอม. 2540. จิตวิทยาทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุธิศา อารยพิทยา. 2534. แนวความคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยการเจ็บป่วย. พยาบาลสาร 18(4):36-43.
- สุปรียา ดันสกุล. 2540. การเสนอตัวแบบ. วารสารสุขศึกษา 20(75): 55-68.

- สุนิตย์ วัฒนาธาดา. 2518. พัฒนาการเด็ก. อยุธา: โรงพิมพ์เพ็ญวัฒนา.
- สุภรณ์ ลิ้มวิภาวีนันต์. 2535. เจตคติต่อผู้ป่วยสูงอายุขณะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยสูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรางค์ ไคว้ตระกูล. 2537. จิตวิทยาการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เสาวณีย์ สิกขาบัณฑิต. 2530. การสื่อความหมายเพื่อการเรียนรู้. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สถาบัน เทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ.
- หทัยรัตน์ จิรนนท์พิพัทธ์. 2539. สัมพันธภาพของพยาบาลและผู้ป่วยกับภาวะสูญเสียพลังอำนาจของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- หน่วยติดตามสถานะสุขภาพจากจากภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ สถาบันพระบรมราชชนก. 2542. รายงานการศึกษาวิกฤติเศรษฐกิจต่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. ม.ป.ท.
- อรทัย หุ่นดี. 2536. การศึกษาความรู้เรื่องพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เจตคติ และการปฏิบัติงานของพยาบาลต่อผู้ประกันตน จำแนกตามประสบการณ์ในการทำงาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัญชลี ชนะกุล. 2528. ผลของการเตรียมเด็กวัยเรียนด้านจิตใจก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อรับการผ่าตัดทอนซิลต่อความกลัวและการให้ความร่วมมือในการรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัมพล สู้อำพัน และวาสนา ศรมณี. 2530. จิตวิทยากับการเจ็บป่วย. ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพเด็ก หน่วยที่ 8-15. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- อาภา ยังประดิษฐ์. 2529. การศึกษาพฤติกรรมการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (บทคัดย่อ).
- อารีย์ สุขก่องวารี. 2539. การศึกษาทัศนคติต่อวิชาชีพการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในสถาบันการศึกษาพยาบาล เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุดมรัตน์ สงวนศิริ. 2540. การสื่อสารในการบริการสุขภาพ. พยาบาลสาร 24(1) : 10-15.
- อุมาสมร บาระกุล. 2540. การสำรวจความคิดเห็นและการปฏิบัติของพยาบาลกุมารเวชศาสตร์เกี่ยวกับ

สิทธิของผู้ป่วยเด็ก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เอี่ยมพร ทองกระจาย. 2527. พัฒนาการทางจิตสังคมของเด็กวัยก่อนเรียน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ 7(3) : 1-12.

### ภาษาอังกฤษ

Adler,R.B. and Rodman,G. 1991. Underatanding human communication. Phipadelphia: Holt,Rinehart and Winston.

Alport,G.W. 1935. Attitude in handbook of social psychology. Worcerter Mass: Clark University Press.

Arnold,E. and Boggs,K. 1989. Interpersonal relationships professional communication skill for nurses. Philadephia : W.B. Saunders.

Bandura,A. 1989. Social cognitive theory. Amuals of child development 6 :1-6.

Barry,P.O. 1994. Mental health and mental illness. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia : J.B. Lippincott Company.

Berlo,D.K. 1960. The process of communication : an introduction to theory and practice. New York: Holt,Rinehart and Winston.

Bloom,B.S., Thomas J. and Madaus,G.F. 1971. Hand book on fermative and sumative evaluation of student learning. New York : Mc Graw-Hill Book Company.

Caris-Verhallen, W.M.CM.,al et. 1999. Non-verbal behavior in nurse-elderly patient communication. Journal of advanced nursing 29(4) : 808-818.

Carson,V.B. and Arnold,E.N. 1996. Mental health nursing the nurse-patient journey. Pennsylvania : W.E. Saunders Company.

Covell,C.L. 1989. Avuidance of nurse- patient communcation in the criical care units. MS Thesis. California State University. ProQuest-disertation.No.AAC 1333811. May 27/01, Spring.

Cronin,W.A., Quansah, M.G. and Larson,E. 1993. Obstetric infection control in a developing country.Journal of obstetric.gynecology,and neonenatal nursing 22(2) : 137-144.

Dennison,S.A. 1995. An exploration of the communication communication that takes place between nurse and patiens whilst cancer chemotherapy is damins tered. Journal nursing forum 4: 227-333.



- Eiser,C. 1984. Communication with sick and hospitalized children. Journal of child psychology and pschiatry 25 : 181-189.
- Ganga,M. 1994. Stess and coping : first-year nepalese nursing students in clinical setting. Columbia university teachers college.
- Golrick,B.A. and Turner,J.G. 1995. Education and behavior chang in prevention and control of infection. in B.M. Soul, Larson, E.L. and Preton,G.A. Infectiona and nursing pretice : prevention and control. St. Louis: Mosby-Year Book.
- Grimes,J. And Burns,E. 1978. Health assessment in nursing practice. 2<sup>nd</sup> ed . Boston : Bartlett publishers. Inc.
- Jackson,P.J. and Vessy,J.A. 1992. Primary care of the child with and chronic condition. St. Louis: Mosby Year Book.
- Jarrett,N. 1995. A Selective review of the literature on nurse-patient communication : has the patient's contribution been neglected?. Journal of advanced nursing 22(6) : 72-78.
- Keehammer,K. Hart,A.L. and Keak,J.F. 1990. Nursings' perception of anxiety producing situation in the clinical setting. Journal of nursing education 29: 183-187.
- Kelley,S.J. 1985. Drawing : critical communication for sexually abused children. Pediatric nursing 11 (6) : 421-426.
- Kennedy,C.W.,Camden,C.T. and Timmemerman,G.M. 1990. Relationships among perceived supervisor communication, nurse morale, and sociocultural variables. Nursing administration quarterly 14(4): 38-46.
- Lazarus,R.S. and Folkman,S. 1984. Stress,appraisal and coping. New York: Springer Publishing.
- McQueen,A. 2000. Nurse-patient relation and partnerships in hospital care. Journal clinical nursing 9 (5) : 723-731.
- Osman,C.L. 1987. Student'perception of nurse role model and effective role model charecteristics in nursing faculty. Dissertation abstracts international.
- Pearson,J.C. nad Nelson,P.E. 1997. An introduction to human communication understanding & sharing. California: Times mirror higher education group.
- Perry,A.G. and Potter,P.A. 1995. Basic nursing theory and practice. St. Louis: C.V. Mosby.

- Pillitteri,A. 1992. Maternal and child health nursing. New York: Philadelphia.
- Rauen,K.C. 1974. Expectation of the clinical instructor as role mode. Journal of nursing education 13(8): 33-37.
- Reeder,S.J. et al. 1980. Maternity nursing. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia : J.b. Lippincott.
- Sherman,K.M. 1994. Effective communication. Communication and image in nursing. USA: Delmar Publishers.
- Shortridge,L.M. and Lee E.J. 1980. Introduction to nursing practice. New York : McGraw-Hill Book.
- Sieh,A. And Brentin,L.R. 1997. The nurse communicates. Pennsylvani: W.B. Saunder Company.
- Sundeen,J.S., et al. 1994. Nurse-client interaction inplement the nursing process. St.Louis: Mosby-Year Book.
- Suominen,T., et al. 1995. Who provides support and how?. Cancer Nurse 18:278-285.
- Taylor,C.M. 1994. Essential of Psychiatric nursing. 14<sup>th</sup> ed. St Louis : Mosby-Year Book.
- Taylor,C.M.,Lillis,C. And LeMone,P. 1989. Fundamental of Nursing. Philadlphia: J.B. Lippincott.
- Thurstone,L.L. 1992. The measurement of attitude : A psychophysical method and some experiment with a scale for measuring attitude toward thurch. Chicaco : The University of Chicaco press.
- Triandis. 1971. Attitude and attitude change. New York : John Wiley and Sons.
- Trojan,L. and Yong,O. 1993. Developing trusting,caring relationship : Homme car nurse anc elderly client. Journal of advanced nursing 18:1903-1810.
- Vernon,D.T.A. and Bailey,W. 1974. The use of motion pictures in the psychological preparation of children for induction and anesthesia. Anesthesiology 40: 68.
- Webster's New World Dictionary 3<sup>rd</sup> Springfieldd. 1988. MG: G & C Merrian.
- Whaley,L.F. and Wong,D.L. 1985. Effective communication strategies for pediatric practice. Pediatric nursing 11(6) : 429-432.
- Whaley,L.F. and Wong,D.L. 1989. Essentials of pediatric nursing. 3<sup>rd</sup> ed. St. Louis: The C.V. Mosby.
- Wiseman,R.F. 1994. Role model behavior in the clinic sitting. Journal of nursing education 33(9) : 405-410.

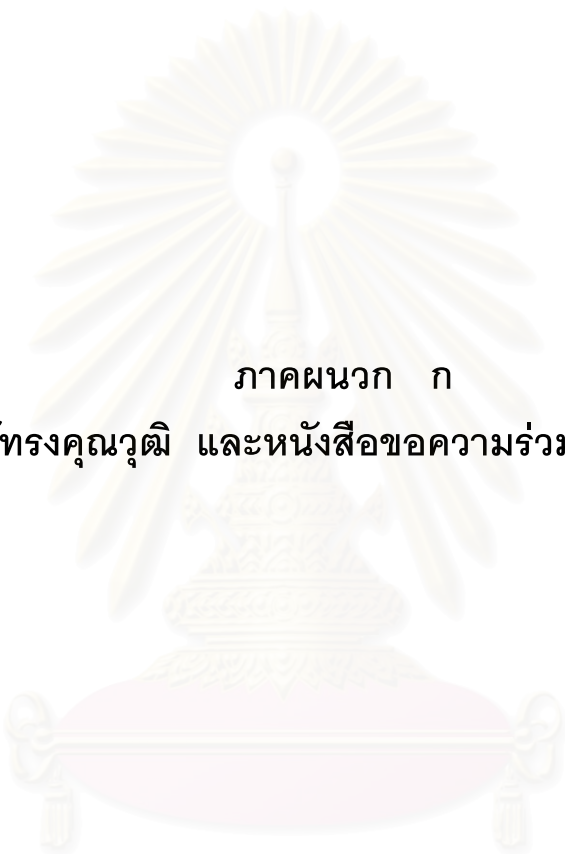


สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ และหนังสือขอความร่วมมือในการทำวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนาม	สถานที่ทำงาน
1. รศ.ฉลองรัฐ อินทรีย์	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี
2. รศ.พรศรี ศรีอัมรินทร์	ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รศ..ศศิธร วรรณพงษ์	ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ดร. นวลอนงค์ บุญจรรยาศิลป์	ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. ดร.จันทิมา เขียวแก้ว	คณะนิติศาสตร์ วิทยาลัยหอการค้าไทย
6. นางลักขณา ยอดกลกิจ	ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
7. นางสาวกาญจนา ศิริเจริญวงศ์	ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
8. นางสาวทัศนีย์ อรรถารส	ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ วิทยาลัยสหประชาชาติไทย
9. นางสาวณัฐสุวรรณ คำแสน	ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
10. นางสาวอัจฉราพร สืบสังัด	หอผู้ป่วยเด็ก2 ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ทม 0342/



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ถนนพญาไท  
กรุงเทพฯ 10330

128

ธันวาคม 2543

เรื่อง เรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล

เนื่องด้วย นางสาวพัชรี ใจการุณ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ทักษะคิดต่อการพยาบาลเด็กแบบอย่างของอาจารย์พยาบาล กับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขยเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อเป็นประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอคคำติ)

รองคณบดี

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ โทร. 2189816 โทรสาร 2189806

ที่ ทน 0342/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ถนนพญาไท  
กรุงเทพฯ 10330

ธันวาคม 2543

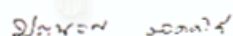
เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางสาวพัชรี ใจกาธุณ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ทักษะคิดต่อการพยาบาลเด็ก แบบอย่าง ของอาจารย์พยาบาล กับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.วีณา จีระแพทย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวอัจฉรา ติบสงัด หัวหน้าหอผู้ป่วยเด็ก 2 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อเป็นประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ นางสาวอัจฉรา ติบสงัด เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบ เครื่องมือวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอคำดี)

รองคณบดี

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสาวอัจฉรา ติบสงัด

ฝ่ายวิชาการ โทร. 2189816 โทรสาร 2189806

ที่ ทม 0342/



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ถนนพญาไท  
กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2544

เรื่อง ขอลความอนุเคราะห์ให้นิติตทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือวิจัยจำนวน 30 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพัชรี ใจการุณ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก ทัศนคติต่อการพยาบาลเด็ก แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล กับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. วิภา จิระแพทย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอลความอนุเคราะห์ให้นิติตทดลองใช้เครื่องมือวิจัยเพื่อทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือที่นิติตสร้างขึ้น เพื่อเป็นประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอคำดี)

รองคณบดี

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 2189816 โทรสาร 2189806

ที่ ทม 0342/



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ถนนพญาไท  
กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2544

เรื่อง ขอลงความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูล

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

เนื่องด้วย นางสาวพัชรี ใจการุณ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กทัศนคติต่อการพยาบาลเด็ก แบบอย่าง ของอาจารย์พยาบาล กับพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.วีณา จิระแพทย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอความอนุเคราะห์ให้นิสิต เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 29 มกราคม - 28 กุมภาพันธ์ 2544 เพื่อเป็นประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลของวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จาก ท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

รองคณบดี

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 2189816 โทรสาร 2189806



ภาคผนวก ข  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## แบบสอบถามนักศึกษาพยาบาล

### เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับเด็ก  
ทัศนคติต่อการพยาบาลเด็ก แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล  
และพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล

### คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ บริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับเด็ก ทัศนคติต่อการพยาบาลเด็ก แบบอย่างของอาจารย์พยาบาล และพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยจึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือจากนักศึกษาพยาบาลกรุณาตอบแบบสอบถามฉบับนี้ทุกข้อ โดยเริ่มจากชุดที่ 1, ชุดที่ 2 ชุดที่ 3, ชุดที่ 4 และชุดที่ 5 ตามลำดับ ซึ่งผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้จากนักศึกษาไปวิเคราะห์ ไม่มีผลเสียต่อการศึกษาและการปฏิบัติงานของนักศึกษา และคาดว่าผลการวิจัยจะสามารถนำไปพัฒนาการจัดการศึกษาทางพยาบาลศาสตร์ได้

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากนักศึกษาในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

แบบสอบถามฉบับนี้ประกอบด้วยเนื้อหา 5 ชุด คือ

- ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 3 ข้อ
  - ชุดที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 34 ข้อ
  - ชุดที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการพยาบาลเด็ก จำนวน 25 ข้อ
  - ชุดที่ 4 แบบสอบถามแบบอย่างของอาจารย์พยาบาล จำนวน 23 ข้อ
  - ชุดที่ 5 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก จำนวน 15 ข้อ
- ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมืออย่างยิ่ง ณ โอกาสนี้ด้วย

นางสาวพัชรี ใจการุณ

นิสิตมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ชุดที่1 ปัจจัยส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ( ) หน้าคำตอบหรือเติมคำลงในช่องว่างตามความจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด

- |  | สำหรับผู้วิจัย |
|--|----------------|
| 1. ท่านมีอายุ.....ปี.....เดือน   | ( )            |
| 2. ลำดับพี่น้องของท่านภายในครอบครัว  | ( )            |
| ( ) บุตรคนโต   |                |
| ( ) บุตรคนเดียว  |                |
| ( ) บุตรคนที่กลาง  |                |
| ( ) บุตรคนสุดท้อง  |                |
| ( ) คนที่.....จากจำนวนพี่น้องทั้งหมด.....คน  |                |
| 3. ท่านมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็กในครอบครัวเดียวกันหรือเด็กที่ไปมาหาสู่กันประจำ ( เช่น ดูแลให้อาหาร อาบน้ำ สวมเสื้อผ้า เล่านิทาน เล่นกับเด็ก) | ( )            |
| ( ) ไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดู   |                |
| ( ) มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดู  |                |

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ชุดที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาล

**คำชี้แจง** โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้แล้วพิจารณาว่าตรงกับพฤติกรรมที่ท่านสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กในขณะที่ยืนฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยเด็ก โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับพฤติกรรมที่ท่านกระทำ โดยมีเกณฑ์ดังนี้

- 5 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับพฤติกรรมสื่อสารที่ท่านปฏิบัติเป็น**ประจำทุกครั้ง**  
 4 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับพฤติกรรมสื่อสารที่ท่าน**เกือบทุกครั้ง**  
 3 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับพฤติกรรมสื่อสารที่ท่านปฏิบัติ**บ่อยครั้ง**  
 2 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับพฤติกรรมสื่อสารของท่านปฏิบัติ**บางครั้ง**  
 1 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้น**ไม่ตรง**กับพฤติกรรมสื่อสารที่ท่านปฏิบัติเลย

ข้อความ	ระดับความถี่					สำหรับ ผู้วิจัย
	5	4	3	2	1	
<b>ตัวอย่าง</b>						
0. ท่านจับมือผู้ป่วยเด็ก เมื่อรับการรักษาด้วยการ เจาะหลัง		✓				
00. ท่านพูดให้กำลังใจผู้ป่วยเด็ก ก่อนรับการรักษา ฉายรังสี				✓		

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อความ	ระดับความถี่					สำหรับ ผู้วิจัย
	5	4	3	2	1	
<b>ด้านวิจณภาษา</b>						
1. ท่านสอบถามผู้ป่วยเด็กเกี่ยวกับความ ต้องการหรือความเจ็บปวด						
2. ท่านพูดคุยอ่อนคำพูดหรือสะท้อนคำพูดของ ผู้ป่วยเด็ก เมื่อผู้ป่วยเด็กพูดบ่อยๆ เช่น “แม่จ๋า” หรือ “หนูกำลังคิดถึงแม่”						
3. ท่านปลอบโยนผู้ป่วยเด็กภายหลังได้รับความ เจ็บปวดจากการรักษาพยาบาล						
4. ท่านเป็นตัวแทนของผู้ป่วยเด็กในการบอก ความรู้สึกหรือความต้องการของผู้ป่วยเด็กให้ ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ						
5. ท่านยินดีรับฟังเรื่องราวหรือปัญหาต่างๆ ที่ ผู้ป่วยเด็กเล่าให้ฟัง						
6. ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลแก่ ผู้ป่วยเด็กอายุ 2 - 8 ปี ด้วยการใช้อสื่อ ประกอบ เช่น ตี๊กตา รูปภาพ การ์ตูน						
7. ท่านอธิบายวิธีการปฏิบัติตนตามหลัก พยาธิสภาพในการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย เด็กวัยก่อนเรียน						
8. ท่านตอบคำถามผู้ป่วยเด็กขณะที่ผู้ป่วยเด็ก ถามยังไม่จบ						
9. ท่านชมเชยผู้ป่วยเด็กที่ให้ความร่วมมือใน การรักษาพยาบาล						
10. ท่านกล่าวขอโทษผู้ป่วยเด็ก เมื่อพูดเสียง ดังขณะส่งเวรที่เตียงของผู้ป่วยเด็ก						



ข้อความ	ระดับความถี่					สำหรับ ผู้วิจัย
	5	4	3	2	1	
11. ท่านบอกเล่าเรื่องราวต่างๆ ที่ผู้ป่วยเด็ก เล่าให้ฟัง ให้เพื่อนนักศึกษาฟัง						
12. ท่านตำหนิผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียน เมื่อ ผู้ป่วยเด็กพูดคนเดียว						
13. ท่านเลือกแขนผู้ป่วยเด็กในการให้สารน้ำ ทางหลอดเลือดดำข้างที่ท่านถนัด						
14. ท่านดูผู้ป่วยเด็ก เมื่อร้องเสียงดัง ร้องคร่ำครวญ หรือไม่ให้ความร่วมมือใน การรักษาพยาบาล						
<b>ด้านอวัจนภาษา</b>						
15. ท่านปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยเด็กด้วย ความนุ่มนวล						
16. ท่านทักทายผู้ป่วยเด็กด้วยสีหน้าที่ยิ้มแย้ม แม้ว่างานจะยุ่ง						
17. ท่านแสดงสีหน้าเฉยๆ เมื่อผู้ป่วยเด็กเล่า เรื่องที่เสียใจให้ฟัง						
18. ท่านมองผู้ป่วยเด็กเพื่อการสังเกตเป็นระยะๆ เมื่อท่านอยู่ห่างจากเตียงผู้ป่วยเด็ก						
19. ท่านสบตาผู้ป่วยเด็ก ขณะพูดคุยกับผู้ป่วย เด็ก						
20. ท่านสัมผัสเพื่อปลอบโยนผู้ป่วยเด็ก ขณะ ผู้ป่วยเด็กได้รับความเจ็บปวดจากการ รักษาพยาบาล						

ข้อความ	ระดับความถี่					สำหรับ ผู้วิจัย
	5	4	3	2	1	
21. ท่านจับสัมผัสผู้ป่วยเด็กอย่างนุ่มนวล แม้ว่าผู้ป่วยเด็กจะตื่นไปมาขณะทำการตรวจ						
22. ท่านสัมผัสผู้ป่วยเด็ก เมื่อพบกันครั้งแรก						
23. ท่านพูดด้วยน้ำเสียงไพเราะ นุ่มนวล กับผู้ป่วยเด็ก แม้ว่าท่านกำลังรีบเร่งทำงาน						
24. ท่านใช้จังหวะการพูดตามปกติของท่าน เพื่อตอบคำถามเดิมที่ผู้ป่วยเด็กถามซ้ำ						
25. ท่านนั่งพูดคุยกับผู้ป่วยเด็กที่เก้าอี้ข้างเตียง						
26. ท่านให้ผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนนั่งตัก เมื่อผู้ป่วยเด็กต้องการ						
27. ท่านพูดคุยจากโต๊ะทำงานพยาบาลกับ ผู้ป่วยเด็กที่กำลังนอนหรือนั่งเล่นบนเตียง						
28. ท่านอธิบายหรือพูดเรื่องเดิมให้ฟัง เมื่อผู้ป่วยเด็กต้องการ						
29. ท่านให้เวลาน้อยลงในการฟังเรื่องราว เดิมที่ผู้ป่วยเด็กเคยเล่า						
30. ท่านพูดคุยกับผู้ป่วยเด็ก เฉพาะเวลา ปฏิบัติการพยาบาล						
31. ท่านเลือกเสื้อผ้าในหอผู้ป่วยเด็กที่มีขนาด เหมาะสมกับผู้ป่วยเด็กให้สวมใส่						
32. ท่านแจ้งเจ้าหน้าที่บนหอผู้ป่วยเด็ก เมื่อพบว่าเสื้อผ้าผู้ป่วยเด็กน้อยลงหรือไม่ มี						
33. ท่านจัดผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน ผ้าห่มที่ สะอาดสำหรับผู้ป่วยเด็ก						
34. ท่านไม่อนุญาตให้ผู้ป่วยเด็กนำผ้าห่มหรือ หมอนมาจากบ้าน						

ขอขอบคุณในความร่วมมือ

### ชุดที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการพยาบาลเด็ก

**คำชี้แจง** โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้แล้วพิจารณาว่าท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อข้อความนั้น แล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ดังนี้

- 5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านในระดับที่เห็นด้วยอย่างยิ่ง  
 4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านในระดับที่เห็นด้วย  
 3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านที่ยังไม่แน่ใจข้อความในประโยค  
 2 หมายถึง นั้นข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านในระดับไม่เห็นด้วย  
 1 หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

ข้อความ	ระดับความถี่					สำหรับ ผู้วิจัย
	5	4	3	2	1	
<b>ตัวอย่าง</b>						
0. การพูดคุยกับผู้ป่วยเด็ก เป็นการรบกวน การพักผ่อนของผู้ป่วยเด็กนอน				✓		
00. การให้ผู้ป่วยเด็กเล่นกับตุ๊กตา เป็นสิ่งจำเป็น การระบายความรู้สึก		✓				

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
	5	4	3	2	1	
<b>ทัศนคติต่อตนเอง</b>						
1. ความเมตตากรุณาเป็นสิ่งที่ทำให้ท่านสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กได้ดี						
2. การรักษาสัญญากับผู้ป่วยเด็กของท่านช่วยให้ผู้ป่วยเด็กไว้วางใจในตัวท่าน						
3. ท่านภูมิใจเสมอ เมื่อสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กแล้วผู้ป่วยเด็กยิ้มแย้มหรือหัวเราะ ตอบ						
4. การที่ท่านศึกษาวิธีสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กก่อน ทำให้ท่านเข้าถึงความรู้สึกของผู้ป่วยเด็กได้						
5. การสังเกตพฤติกรรมต่างๆของผู้ป่วยเด็กที่ท่านดูแล จะทำให้ท่านสามารถสื่อสารเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเด็กได้						
6. การสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กเป็นเรื่องที่ท่านต้องอาศัยความรู้						
<b>ทัศนคติต่อผู้ป่วยเด็ก</b>						
7. ท่านคิดว่าการพูดไม่สุภาพของผู้ป่วยเด็ก เนื่องจากความเจ็บป่วย						
8. ท่านรู้สึกสงสารเด็กที่เจ็บป่วย						
9. ท่านคิดว่าเด็กเป็นวัยที่ยังช่วยเหลือตนเองได้น้อย						
10. ท่านควรเมตตากับผู้ป่วยเด็กที่ไม่ยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาล เมื่อมารดาไม่อยู่ด้วย						
11. ท่านควรให้อภัยผู้ป่วยเด็กที่ต่อสู้หรือทำร้ายแพทย์พยาบาลขณะให้การรักษาพยาบาล เช่น ฉีดยา ทำแผล						
12. ท่านเข้าใจพัฒนาการของเด็กป่วยที่พูดไม่ชัด ทั้งที่เดิมพูดชัด						
<b>ทัศนคติต่อเรื่องราวที่สื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก</b>						
13. การแนะนำชื่อท่านให้ผู้ป่วยเด็กรู้จักเป็นสิ่งจำเป็น						

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
	5	4	3	2	1	
14. การบอกวิธีการรักษาพยาบาลกับผู้ป่วยเด็กของท่าน จะทำให้ผู้ป่วยเด็กร่วมมือในการรักษาพยาบาล						
15. วิธีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กขึ้นกับอายุของเด็ก						
16. การพูดในสิ่งที่เป็นจริงเป็นหลักสำคัญในการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเด็ก						
17. ผู้ป่วยเด็กสามารถเข้าใจถึงความรักความห่วงใยที่ท่านแสดงออกด้วยการสัมผัส การให้เวลา พุดคุย การยิ้มแย้มทักทาย						
18. การพูดคุยด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายช่วยให้ผู้ป่วยเด็กร่วมมือในการรักษาพยาบาล						
19. การอธิบายกฎระเบียบของโรงพยาบาลเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องให้ผู้ป่วยเด็กทราบ						
<b>ทัศนคติต่อการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยเด็ก</b>						
20. การปฏิบัติการพยาบาลเด็กเป็นสิ่งที่จะต้องอาศัยความละเอียดรอบคอบ						
21. ผู้ป่วยเด็กควรได้รับการดูแลจากพยาบาลคนเดิมทุกครั้ง						
22. การยกไม้กั้นเตียงขึ้นตลอดเวลา ขณะผู้ป่วยเด็กหลับเป็นสิ่งสมควรปฏิบัติ						
23. การจัดอุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ อย่างเป็นระเบียบ จะช่วยลดอุบัติเหตุของผู้ป่วยเด็กได้						
24. ความอดทนของพยาบาล ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลเด็กสำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพ						
25. ความรักต่อผู้ป่วยเด็กเป็นสิ่งที่ช่วยให้ท่าน ทำการพยาบาลเด็กอย่างไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค						

ขอขอบคุณในความร่วมมือ



#### ชุดที่ 4 แบบสอบถามแบบอย่างอาจารย์พยาบาล

**คำชี้แจง** โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้แล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับพฤติกรรมของอาจารย์พยาบาลที่ท่านพบ โดยมีเกณฑ์ดังนี้

- 5 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับพฤติกรรมการสื่อสารของอาจารย์พยาบาลที่ปฏิบัติเป็น**ประจำทุกครั้ง**
- 4 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับพฤติกรรมการสื่อสารของอาจารย์พยาบาลที่ปฏิบัติ**เกือบทุกครั้ง**
- 3 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับพฤติกรรมการสื่อสารของอาจารย์พยาบาลที่ปฏิบัติ**บ่อยครั้ง**
- 2 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับพฤติกรรมการสื่อสารของอาจารย์พยาบาลที่ปฏิบัติ**บางครั้ง**
- 1 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้น**ไม่ตรง**กับพฤติกรรมการสื่อสารของอาจารย์พยาบาลที่ปฏิบัติเลย

ข้อความ	ระดับความถี่					สำหรับ ผู้วิจัย
	5	4	3	2	1	
<b>ตัวอย่าง</b>						
0. อาจารย์พยาบาลสอบถามความเข้าใจในการอธิบายการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด	✓					
00. อาจารย์พยาบาลยิ้มต้อนรับผู้ป่วยเด็กเมื่อพบกัน				✓		

ข้อความ	ระดับความถี่					สำหรับ ผู้วิจัย
	5	4	3	2	1	
<b>ด้านการดูแล</b>						
1. อาจารย์พยาบาลสัมผัสผู้ป่วยเด็กอย่างนุ่มนวล						
2. อาจารย์พยาบาลเรียกชื่อเล่นเด็กตาม ผู้ปกครองเรียก						
3. อาจารย์พยาบาลชมเชยผู้ป่วยเด็ก เมื่อ ผู้ป่วยเด็กให้ความร่วมมือในการ รักษาพยาบาล						
4. อาจารย์พยาบาลสนใจสังเกตพฤติกรรม ต่างๆ ของผู้ป่วยเด็กที่ดูแล เช่น การจ้องมอง การสัมผัส การนั่งนิ่งๆ						
5. อาจารย์พยาบาลปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยเด็ก อย่างต่อเนื่อง						
6. อาจารย์พยาบาลยินดีรับฟังผู้ป่วยเด็ก เมื่อผู้ป่วยเด็กปฏิเสธการรักษาพยาบาล						
<b>ด้านการเป็นผู้สอน</b>						
7. อาจารย์พยาบาลใช้สื่อประกอบในการสอน ผู้ป่วยเด็ก เช่น ตึกตา รูปภาพ การ์ตูน ของเล่น						
8. อาจารย์พยาบาลให้เวลากับผู้ป่วยเด็กใน การอธิบายหรือการซักถาม						
9. อาจารย์พยาบาลอธิบายวิธีการและการปฏิบัติ ตนเองรักษาพยาบาลด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ของผู้ป่วยเด็ก						
10. อาจารย์พยาบาลแนะนำชื่อตนเองให้ผู้ป่วย เด็กทราบ						
11. อาจารย์พยาบาลแนะนำกฎระเบียบของ โรงพยาบาลให้ผู้ป่วยเด็กทราบ						

ข้อความ	ระดับความถี่					สำหรับ ผู้วิจัย
	5	4	3	2	1	
12. อาจารย์พยาบาลใช้น้ำเสียงสูงๆ ต่ำๆ ในการสอนผู้ป่วยเด็ก						
<b>ด้านการให้คำปรึกษา</b>						
13. อาจารย์พยาบาลแสดงท่าทางเป็นมิตรกับผู้ป่วยเด็ก						
14. อาจารย์พยาบาลสบตาเด็กเป็นระยะเมื่อผู้ป่วยเด็กเล่าปัญหาให้ฟัง						
15. อาจารย์พยาบาลให้เวลาในการรับฟังปัญหาจนผู้ป่วยเด็กเล่าจบ						
16. อาจารย์พยาบาลแสดงท่าทียินดีให้ผู้ป่วยเด็กซักถามเรื่องต่างๆ						
17. อาจารย์พยาบาลยืนหรือนั่งในระดับสายตาของผู้ป่วยเด็ก						
<b>ด้านการเป็นผู้แทนผู้ป่วยเด็ก</b>						
18. อาจารย์พยาบาลเป็นตัวแทนของผู้ป่วยเด็กบอกความรู้สึกหรือความต้องการของผู้ป่วยเด็กกับบุคลากรทางการแพทย์และผู้ปกครอง						
19. อาจารย์พยาบาลป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็ก เช่น ยกไม้กั้นเตียงขึ้น ใช้ผ้านุ่มปิดมุมแหลมต่างๆ						
20. อาจารย์พยาบาลสนับสนุนสิทธิความเท่าเทียมกันของผู้ป่วยเด็กในหอผู้ป่วยเด็ก						
21. อาจารย์พยาบาลเป็นตัวกลางในการสื่อความเข้าใจเรื่องการรักษาพยาบาลระหว่างผู้ป่วยเด็กกับบุคลากรทางการแพทย์						
22. อาจารย์พยาบาลจัดหาหรือสนับสนุนส่งเสริมพัฒนาการของผู้ป่วยเด็ก เช่น กิจกรรมเล่น						
23. อาจารย์พยาบาลส่งเสริมการรับรู้ข่าวสาร						

ข้อความ	ระดับความถี่					สำหรับ ผู้วิจัย
	5	4	3	2	1	
ภายนอกให้ผู้ปวยเด็กทราบ เช่น หนังสือ เรียน ข่าวบันเทิงจากโทรทัศน์ วิทยุ หรือ หนังสือพิมพ์						

ขอขอบคุณในความร่วมมื่อ



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ชุดที่ 5 แบบสอบความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก

**คำชี้แจง** โปรดตอบคำถามโดยใช้เครื่องหมาย X ลงบนอักษร ก, ข, ค หรือ ง ใน  
กระดาษคำตอบที่ท่านเห็นว่าถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว

1. ปฐมภาษา หมายถึงอย่างไร
  - ก. การที่เด็กเริ่มจับภาพการเคลื่อนไหวของริมฝีปากผู้อื่น
  - ข. การที่เด็กเริ่มพูดโดยใช้คำ 2-3 คำมาต่อเป็นประโยค
  - ค. การที่เด็กเริ่มใช้คำพูดต่อเป็นประโยคที่ใกล้เคียงกับหลักไวยากรณ์
  - ง. การที่เด็กเริ่มใช้การพูดเป็นประโยคที่ถูกต้องหลักไวยากรณ์
  
2. วัยช่างปฏิเสธ หมายถึงเด็กวัยใด
  - ก. วัยหัดเดิน
  - ข. วัยก่อนเรียน
  - ค. วัยเรียน
  - ง. วัยรุ่น
  
3. ข้อใดเป็นพัฒนาการทางสังคมของเด็กวัย 6- 10 ปี
  - ก. เล่นกับผู้ใหญ่
  - ข. เล่นกับเพื่อนสมมติ
  - ค. เล่นกับเพื่อนเพศเดียวกัน
  - ง. เล่นกับเพื่อนต่างเพศ
  
4. วัยช่างซัก เป็นอารมณ์อยากรู้อยากเห็นในเด็กวัยใด
  - ก. 1- 2 ปี
  - ข. 3 – 5 ปี
  - ค. 6- 11 ปี
  - ง. 12 – 15 ปี



5. อาการตัวสั่น อ่อนปวกเปียก และร้องว่า “กลัว.....กลัว.....ไม่.....” เป็นอารมณ์กลัวที่พบบ่อยในเด็กวัยใด
- วัยหัดเดิน
  - วัยก่อนเรียน
  - วัยเรียน
  - วัยรุ่น
6. การแสดงออกของเด็กที่ทุบตีหรือทำร้ายเด็กที่เล็กกว่า เป็นการแสดงออกทางอารมณ์หนึ่งที่พบบ่อยในเด็กวัยใด
- 1-2 ปี
  - 3-5 ปี
  - 6-9 ปี
  - 10- 13 ปี
7. ดญ. ละมุด อายุ 4 ปี ภายหลังจากผ่าตัดไส้ติ่งอีกเสบ 5 วัน พยาบาลสังเกตพบว่า ดญ. ละมุด นั่งเล่นในห้องที่มีเพื่อนป่วยคนอื่นๆ แต่ ดญ. ละมุด พูดคุยและเล่นคนเดียว ถามว่าการแสดงออกของ ดญ. ละมุด ถือว่าผิดปกติหรือไม่
- ผิดปกติ เนื่องจากลักษณะของเด็กวัยนี้ชอบเล่นกับกลุ่มเพื่อน
  - ผิดปกติ เนื่องจากเด็กวัยนี้จะไม่คุ้นเคยกับกลุ่มเพื่อนเล่น
  - ปกติ เนื่องจากเป็นเด็กวัยนี้จะสร้างจินตนาการในการเล่น
  - ปกติ เนื่องจากเด็กวัยนี้ยังไม่มั่นคงในอารมณ์ที่จะเข้ากลุ่มเพื่อน
8. ข้อใดเป็นลักษณะการพูดกับผู้ป่วยเด็กของพยาบาลที่ควรปฏิบัติ
- การพูดแบบบังคับเพื่อให้เด็กปฏิบัติตาม
  - การพูดซ้ำ ออกเสียงชัดๆ เพื่อให้เด็กรับฟัง
  - การพูดใช้ศัพท์การแพทย์เพื่อให้เด็กไม่เกิดความกลัว
  - การพูดออกเสียงแบบเด็ก เช่น ปอ นอ เพื่อให้เด็กเกิดความไว้วางใจ

9. วิธีการสื่อสารแบบใดที่พยาบาลควรใช้กับผู้ป่วยเด็กอายุ 3 – 6 ปี
- การรักษาเวลาขณะพูดคุยกับผู้ป่วยเด็ก
  - สัมผัสผู้ป่วยเด็ก เมื่อแรกจับไว้ในการดูแล
  - การเอามือล้วงกระเป๋าขณะพูดคุยกับผู้ป่วยเด็ก
  - การนั่งคุยของพยาบาลให้ตรงกับระดับสายตาของผู้ป่วยเด็ก
10. ลักษณะเรื่องราวที่สื่อสารกับผู้ป่วยเด็กของพยาบาลในข้อใดถูกต้อง
- เรื่องราวที่โกหกเพื่อให้ผู้ป่วยเด็กสบายใจ
  - เรื่องราวที่เป็นความจริง เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กได้เข้าใจ
  - เบี่ยงเบนเป็นเรื่องราวใหม่เพื่อลดความไม่สบายใจของผู้ป่วยเด็ก
  - เรื่องราวที่เกินความจริงมากขึ้นเพื่อให้เด็กเชื่อฟังและปฏิบัติตามคำแนะนำ
11. พยาบาลพูดกับ ดญ. ชนม อายุ 8 ปี ที่ยื่นแขนซ้ายให้ทำแผล ว่า “น้องจะรู้สึกเย็นๆที่แผลนะค่ะ” พร้อมกับทำท่าหนาวประกอบ ต่อมาก็ปิดแผลและพูดว่า “เรียบร้อยแล้วค่ะ” ในเหตุการณ์นี้ ท่านคิดว่าพยาบาลควรพูดเรื่องใดเพิ่มเติม
- บอกเหตุผลการทำแผล
  - ระยะเวลาที่คาดว่าแผลจะหาย
  - คำชมหลังจากทำแผลเสร็จ
  - อธิบายสาเหตุการเกิดแผล
12. การที่พยาบาลให้ผู้ป่วยเด็กวาดภาพมีจุดประสงค์เพื่อประเมินเรื่องใด
- ความสามารถด้านศิลปะ
  - ระดับสติปัญญา
  - ระบายความรู้สึก
  - การมีสมาธิ
13. สื่อการสอนที่ควรใช้สอน ดญ. แมว อายุ 7 ปี เพื่อให้เกิดทักษะในการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาที่เหมาะสมที่สุดคือ
- ภาพยนตร์
  - หนังสือการ์ตูน
  - เทปนิทาน
  - ตุ๊กตาผู้ป่วยเด็ก

14. ดช. เด่นพงษ์ อายุ 14 ปี มาโรงพยาบาลเวลา 07.00 น. ด้วยอาการปวดท้อง แพทย์วินิจฉัยว่าไส้ติ่งอักเสบและจะส่งผ่าตัดเวลา 11.00 น. ในฐานะที่ท่านเป็นพยาบาลวิชาชีพ ท่านจะเลือกใช้สื่อใดในการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด
- ก. หุ่นมือประกอบการเล่าเรื่อง
  - ข. หนังสือแนะนำ
  - ค. วีดีโอเทป
  - ง. ภาพพลิก
15. ดญ. วาสนา อายุ 8 ปี ตัวสั้น และพูดว่า “หนูกลัว.. หนูกลัว... หนูไม่เอา.....” ถามว่า ท่านจะสื่อสารด้วยสื่อใดเพื่อให้ทราบสาเหตุของความกลัว
- ก. ตุ๊กตา
  - ข. หนังสือการ์ตูน
  - ค. วีดีโอเทป
  - ง. ภาพวาด

---

ขอขอบคุณในความร่วมมือ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ดัชนีแสดงคุณภาพของเครื่องมือเพื่อวัดความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก  
จำนวน 21 ข้อ (tryout)

ลำดับข้อ	ระดับความยากง่าย (p)	อำนาจจำแนก (r)
1	.65	.50
2	.65	.30
3*	.05	.10
4*	.95	.10
5	.75	.50
6	.75	.30
7	.60	.20
8	.35	.30
9*	.14	.20
10	.55	.50
11	.70	.20
12	.70	.40
13	.35	.30
14*	.10	.12
15*	.95	.10
16*	.30	.14
17	.80	.30
18	.75	.50
19	.55	.90
20	.40	.40
21	.50	.20

\*ข้อที่ตัดออก

ดัชนีแสดงคุณภาพของเครื่องมือเพื่อวัดความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก  
จำนวน 15 ข้อ

ลำดับข้อ	ระดับความยากง่าย (p)	อำนาจจำแนก (r)
1	.37	.34
2	.57	.20
3	.65	.31
4	.80	.20
5	.62	.27
6	.43	.21
7	.59	.36
8	.80	.22
9	.25	.30
10	.47	.30
11	.63	.26
12	.62	.32
13	.33	.24
14	.20	.20
15	.39	.39

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



### ตารางวิเคราะห์เนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก

ลำดับที่	เนื้อหา	ระดับความรู้			จำนวน หน่วย น้ำหนัก
		ความจำ	ความ เข้าใจ	การนำ ไปใช้	
1.	พัฒนาการทางภาษาของเด็ก	2			2
	พัฒนาการทางอารมณ์สังคมของเด็ก	2	3		5
	ข้อควรคำนึงในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก		2		2
	วิธีการสื่อสารของพยาบาลที่ใช้ สื่อสารทางวจนภาษาและอวจนภาษา		3	3	6
	รวมจำนวนหน่วยน้ำหนัก	4	8	3	15

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค  
สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สถิติที่ใช้ในการวิจัย

### 1. การคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ

1.1 ใช้สูตรแอลฟาของครอนบาค (ยุวดี ภาษา และคณะ, 2539 : 124)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[ \frac{1 - \sum S_i^2}{S^2} \right]$$

เมื่อ	$\alpha$	คือ	สัมประสิทธิ์แห่งความเที่ยง
	$n$	คือ	จำนวนข้อคำถามทั้งหมดในแบบสอบถาม
	$S_i^2$	คือ	คะแนนความแปรวนแต่ละข้อ
	$S^2$	คือ	คะแนนความแปรวนทั้งฉบับ

### 1.2. วิธีของคูเดอว์-ริชาร์ดสัน (Kuder - Richarson)

$$KR20 : r_{tt} = \frac{k}{k-1} \left[ 1 - \frac{\sum pq}{\sigma_t^2} \right]$$

เมื่อ	$r_{tt}$	คือ	สัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบสอบถาม
	$k$	คือ	จำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม
	$p$	คือ	สัดส่วนของคนที่ตอบข้อคำถามได้ถูกต้อง
	$g$	คือ	สัดส่วนของคนที่ตอบข้อคำถามผิด ( $q = p - 1$ )
	$pg$	คือ	ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

2. ค่าความง่าย (p) และค่าอำนาจจำแนก (r) ของแบบทดสอบ  
(บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ, 2535 : 87)

สูตร

$$p = \frac{P_H + P_L}{2n}$$

$$r = \frac{P_H - P_L}{n}$$

เมื่อ	$P_H$	คือ	จำนวนผู้ตอบถูกในกลุ่มสูง
	$P_L$	คือ	จำนวนผู้ตอบถูกในกลุ่มต่ำ
	$n$	คือ	จำนวนผู้ตอบทั้งหมดในกลุ่มสูงหรือกลุ่มต่ำ

3. ค่าเฉลี่ย (Mean) มีสูตรดังนี้ (ประคอง กรวรรณสุต, 2542)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ	$X$	คือ	ค่าเฉลี่ยหรือมัธยฐานเลขคณิต
	$\sum X$	คือ	ผลรวมของคะแนนทั้ง $N$ จำนวน (ของตัวอย่างประชากร)
	$N$	คือ	จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

4. ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ใช้สูตร (ประคอง กรวรรณสุต, 2542)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ	S.D.	คือ	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	$\sum X^2$	คือ	ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัว
	$\sum X$	คือ	ผลรวมของคะแนนทั้งหมดแต่ละตัวยกกำลังสอง
	$N$	คือ	จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

5. หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและทดสอบค่าที่

5.1 หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (ระครอง กรรณสูต, 2542)

$$r = \frac{N\sum XY - \sum X\sum Y}{\sqrt{\{N\sum X^2 - (\sum X)^2\} \{N\sum Y^2 - (\sum Y)^2\}}}$$

เมื่อ	r	คือ	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร X กับตัวแปร Y
	N	คือ	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
	Y	คือ	สัดส่วนของคนที่ตอบข้อความได้ถูกต้อง
	$\sum X^2$	คือ	คะแนนตัวแปร X
	Y	คือ	ผลรวมของคะแนนตัวแปร X แต่ละคะแนนยกกำลังสอง
	$\sum Y^2$	คือ	คะแนนตัวแปร Y

5.2 ทดสอบนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดยใช้ ค่าที่ ( t-test)

$$t = \frac{r \sqrt{N - 2}}{\sqrt{1 - r^2}} \quad (df = N - 2)$$

เมื่อ	t	คือ	ค่าคงที่
	r	คือ	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
	N	คือ	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

6. การสร้างสมการพยากรณ์ตัวแปรตามด้วยตัวแปรพยากรณ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติในรูปคะแนนดิบ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2540)

สมการในรูปคะแนนดิบ

	$Y$	=	$C + b_1X_1 + b_2X_2 + \dots + b_kX_k$
เมื่อ	$Y$	คือ	คะแนนเฉลี่ยที่ได้จากการพยากรณ์
	$C$	คือ	ค่าคงที่
	$b_1, b_2, b_3, \dots, b_k$	คือ	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ
	$X_1, X_2, X_3, \dots, X_k$	คือ	คะแนนดิบของตัวพยากรณ์แต่ละตัว

7. การสร้างสมการพยากรณ์ตัวแปรตามด้วยกลุ่มตัวแปรพยากรณ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติในรูปคะแนนมาตรฐาน

	$Z$	=	$B_1Z_1 + B_2Z_2 + \dots + B_kZ_k$
เมื่อ	$Z$	คือ	คะแนนมาตรฐานของตัวแปร
	$B_1, B_2, \dots, B_k$	คือ	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน
	$Z_1, Z_2, \dots, Z_k$	คือ	คะแนนมาตรฐานของตัวพยากรณ์แต่ละตัว

8. หาสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ ( $R^2$ ) โดยใช้สูตรดังนี้

$$R^2 = \sqrt{\frac{SS_{reg}}{SS_t}}$$

เมื่อ	$R^2$	คือ	สัมประสิทธิ์การพยากรณ์
	$SS_{reg}$	คือ	การแปรปรวนของตัวแปรตามที่สามารถอธิบายได้ด้วยตัวแปรพยากรณ์
	$SS_t$	คือ	ความแปรปรวนทั้งหมดของตัวแปรตาม



## ประวัติผู้วิจัย

นางสาวพัชรี ใจการุณ เกิดเมื่อวันที่ 17 มกราคม พ.ศ. 2518 ที่จังหวัดอุบลราชธานี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (เทียบเท่าปริญญาตรี) จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี เมื่อ พ.ศ. 2541 เข้ารับราชการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2542 ปัจจุบันปฏิบัติราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย