



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในชีวิตประจำวันของมนุษย์เรา การสื่อสารนับว่าเป็นสิ่งจำเป็นสิ่งหนึ่ง ทุกคนจะต้องเกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางการสื่อสารอยู่เสมอ ไม่มีใครที่จะหลีกเลี่ยงการสื่อสารได้ (เสนาะ ดิยาวร, 2537) นอกจากนี้ มนุษย์เรายังใช้เวลาถึงประมาณร้อยละ 70 หรือ 2 ใน 3 ของ 1 วัน ของเวลาที่ไม่ได้หลับนอนหมดไปกับการสื่อสาร (บุญศรี ปราภณศักดิ์ และ ศิริพร จิรวัดณ์กุล, 2534 และ ประมะ สตะเวทิน, 2538)

ในองค์การพยาบาลก็เช่นเดียวกัน การสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย นับได้ว่าเป็นคู่อสื่อสารที่มีความสำคัญยิ่งคู่หนึ่งเพราะไม่มีการปฏิบัติการพยาบาลใด ๆ ของพยาบาลที่ไม่ใช้การสื่อสาร (บุญศรี ปราภณศักดิ์ และ ศิริพร จิรวัดณ์กุล, 2534) กล่าวคือ การสื่อสารเป็นวิธีการที่จะช่วยให้พยาบาลและผู้ป่วยเกิดความเข้าใจที่ตรงกันและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีความรู้ในเรื่องการสื่อสารที่ถูกต้อง เพราะการสื่อสารที่ดีไม่เพียงแต่จะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ช่วยให้เกิดความเข้าใจในเรื่องเจตคติ ค่านิยม และความเชื่อต่าง ๆ ที่มีผลต่อการรักษาพยาบาลด้วย (ชมพูนุท พงษ์ศิริ, 2537)

จากรายงานการวิจัยพบว่า พยาบาลจำนวนมากรู้สึกว่าเป็นความยากลำบากอย่างยิ่งที่จะทำการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งกับผู้ป่วยและผู้ร่วมงานของตนเอง (Kagan, 1985 and Faulkner, 1984 quoted in Beaton, 1991) และได้มีรายงานที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยรู้สึกว่าได้รับข้อมูลข่าวสารไม่เพียงพอเกือบจะทุกสถานการณ์ของการรักษาพยาบาลและทุก ๆ รายงาน ได้แนะนำให้พยาบาลพัฒนาด้านการสื่อสาร (Altschul and Sinelair, 1981)

ในด้านพฤติกรรมของพยาบาลนั้น Riemen (1986) ได้ศึกษาการขาดการดูแลและการดูแลในหอผู้ป่วย จากการรายงานพบว่าผู้ป่วยรายงานว่าพยาบาลปฏิบัติงานอย่างรีบร้อนและมุ่งหวังประสิทธิภาพ มุ่งปฏิบัติงานตามหน้าที่ กระด้างและดูถูกผู้ป่วย ไม่มีการตอบสนองแม้เมื่อขอร้อง และให้การพยาบาลเหมือนผู้ป่วยเป็นวัตถุพฤติกรรมที่พบ ได้แก่ รีบร้อนตลอดเวลา ไม่มีเวลาพูดกับผู้ป่วย ปฏิบัติกับผู้ป่วยเหมือนเป็นเด็ก มีลักษณะไม่นุ่มนวล ปฏิบัติด้วยความกระด้าง พูดเสียงดัง ไม่ได้ทำตามทีบอกผู้ป่วยไว้ ไม่ได้ให้ความสนใจกับผู้ป่วย ซึ่งคล้ายคลึงกับชมพูนุท พงษ์ศิริ (2537) ที่ให้ความเห็นไว้ว่า พยาบาลที่มีหน้าตาไม่ยิ้มแย้มทำทางไม่

เป็นมิตรหรือมีพฤติกรรมรีบเร่งตลอดเวลา ก็ยังทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกต่อต้าน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่รู้สึกว่าตนเองมีฐานะทางสังคมหรือสภาพเศรษฐกิจฝืดเคือง จะรู้สึกว่าตนเองถูกข่มขู่ ไม่อยากพูด เปิดเผยความลับ หรือให้ข้อมูลต่าง ๆ หรือเกิดเจตคติที่ไม่ดีต่อพยาบาลซึ่งเป็นผลร้ายต่อการสร้างสายสัมพันธ์และการปฏิบัติการพยาบาลเป็นอย่างยิ่ง

จากการศึกษาของ พิชชดา วิรัชพินทุ (2534) พบว่าพยาบาลมีพฤติกรรมการสื่อสารที่รับด่วนยุติการสนทนาก่อนทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยยังพูดไม่จบและมีผู้ป่วยจำนวนน้อยมากที่ได้รับคำแนะนำ ชี้แจงหรือบอกกล่าวในเรื่องเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ควรระมัดระวังหรือจำเป็นต้องมาพบแพทย์ วิธีการป้องกันโรค การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ วิธีรับประทานยาและการส่งตัวกลับไปรักษาต่อยังโรงพยาบาลที่ใกล้บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ละออ ตันติศิรินทร์ และคณะ (2536) ที่พบว่าในแผนกออร์โธปิดิกส์ กิจกรรมพยาบาลที่ผู้ป่วยพึงพอใจระดับน้อยที่สุดคือการอธิบายสรรพคุณฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น และจากการศึกษาของ สุภรณ์ ลิ้มวิภาวีนันต์ (2535) พบว่าพยาบาลมีพฤติกรรมอยู่ในระดับที่ไม่เหมาะสมในเรื่องของการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดในเรื่องที่สนใจ และให้ผู้ป่วยมีความคิดอิสระในการตัดสินใจ การฟังเพื่อรวบรวมข้อมูลที่ต้องการ ชักถามเมื่อไม่แน่ใจ และสรุปให้ฟังซ้ำอีกครั้งและยุติการสนทนาเมื่อผู้ป่วยต้องการและสมควรกับเวลา ส่วนพฤติกรรมที่จัดอยู่ในระดับเหมาะสมน้อย ได้แก่ การสนทนาถึงความต้องการของผู้ป่วย

สำหรับบทบาทของพยาบาลด้านการติดต่อสื่อสารนั้น Potter (1993) กล่าวไว้ว่าเป็นบทบาทที่เป็นศูนย์กลางของการพยาบาลทั้งหมด ถ้าปราศจากการสื่อสารที่ชัดเจนแล้วก็เป็นไปไม่ได้ที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในอดีตนั้น หน้าที่หลักของพยาบาลคือการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความสุขสบาย แต่ปัจจุบันบทบาทหน้าที่ของพยาบาลได้ขยายวงกว้างขึ้น นั่นคือพยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และดูแลคนทั้งคน หน้าที่ของพยาบาลในปัจจุบันมีความเกี่ยวข้องกันในด้านการเป็นผู้ให้การดูแล ทำการตัดสินใจ และทำหน้าที่เป็นผู้แทนผู้ป่วย ทำการบริหารจัดการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้ความสุขสบาย ทำการติดต่อสื่อสารและเป็นผู้สอน ปัจจุบันภาวะขาดแคลนพยาบาล ซึ่งนับวันจะทวีขึ้น ได้ส่งผลกระทบต่อองค์การและการปฏิบัติงานของพยาบาล จากการสำรวจของสภาการพยาบาล เมื่อ 30 มิถุนายน 2534 พบว่า พยาบาลมีแนวโน้มการลาออกสูงขึ้นเรื่อย ๆ จากร้อยละ 3.3 ในปี 2529 เป็นร้อยละ 11.1 ในปี 2534 ซึ่งสูงขึ้นเกือบ 3 เท่าตัว ในระยะเวลา 5 ปี ทำให้พยาบาลที่คงอยู่มีภาระงานเพิ่มขึ้น ซึ่งต้องทำงานแข่งกับเวลา เพราะนอกเหนือจากงานในหน้าที่ของพยาบาลอย่างแท้จริงแล้ว มีพยาบาลจำนวนไม่น้อยที่ได้รับมอบหมายให้ไปปฏิบัติงานในหน้าที่อื่นซึ่งมิใช่งานด้านพยาบาล เช่น งานด้านการเงิน งานเบิกจ่าย ยา งานพัสดุ งานในห้องปฏิบัติการวิทยาศาสตร์ (ทัศนาศ นุญทอง, 2536) ทำให้เวลาที่พยาบาลจะ

ทำการสื่อสารกับผู้ป่วยถูกจำกัดลง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยในที่สุด

ในหอผู้ป่วยออโรโธปิดิกส์พบว่า จำนวนผู้ป่วยทางด้านนี้มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี โดยศึกษาจากข้อมูลสถิติย้อนหลัง 3 ปีของโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลสงฆ์ และโรงพยาบาลเด็ก พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยในรวมกัน ดังนี้คือ พ.ศ.2536 มีจำนวนผู้ป่วยใน 7,281 ราย พ.ศ.2537 มีจำนวนผู้ป่วยใน 7,435 ราย และ พ.ศ.2538 มีจำนวนผู้ป่วยใน 7,520 ราย ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อย ๆ การสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยก็ต้องมีการสื่อสารกันมากขึ้นตามไปด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยในหอผู้ป่วยออโรโธปิดิกส์มักมีสาเหตุของการเจ็บป่วยมาจากการประสบอุบัติเหตุเป็นส่วนใหญ่ ผู้ป่วยเหล่านี้เกิดการเจ็บป่วยอย่างปัจจุบันทันด่วน ไม่ได้มีการเตรียมตัวเตรียมใจไว้ล่วงหน้าจะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้น จึงเกิดความวิตกกังวล โดยที่ผู้ป่วยไม่ทราบว่าแพทย์และพยาบาลจะให้การรักษาและดูแลตนเองอย่างไร ประกอบกับการรักษาโรคกระดูกนั้นมักจะมีอุปกรณ์บางอย่าง ซึ่งอาจมองดูแล้วน่ากลัวในความรู้สึกของผู้ป่วย (วรรณิ สัตยวิวัฒน์ และคณะ, 2533) เช่น การเข้าเฝือก การทำ skin traction, skeletal traction, skull traction การใส่ external fixator หรือการผ่าตัดจัดกระดูกให้เข้าที่ ซึ่งในช่วงสัปดาห์แรกนั้น ถือเป็นระยะวิกฤตสำหรับผู้ป่วยที่ต้องปรับตัวเข้ากับสภาพที่แขนขาถูกดึงถ่วงน้ำหนักและถูกจำกัดการเคลื่อนไหว (บรรจง คำหอมกุล และ วรรณิ สัตยวิวัฒน์, 2534) ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ เช่น การไปขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระเอง เป็นต้น ต้องพึ่งพาผู้อื่นเพื่อขอความช่วยเหลือ โดยเฉพาะต้องพึ่งพาพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ สำหรับผู้ป่วยที่ต้องรับการผ่าตัดเพื่อจัดกระดูกให้เข้าที่หรือผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุรุนแรง อาจต้องสูญเสียอวัยวะ เช่น แขน ขา ผู้ป่วยจะมีความกลัว คือกลัวเจ็บ กลัวสูญเสียอวัยวะ กลัวไม่ฟื้นจากยาสลบ กลัวตาย โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโอกาสเตรียมจิตใจเพื่อรับสภาพที่ต้องสูญเสียอวัยวะมาก่อนจะมีปฏิกิริยาตอบสนองด้านจิตใจซึ่งปรากฏออกมาในลักษณะไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล มีอาการซึมเศร้า วิตกกังวล หรือบางครั้งอาจแสดงอาการรำเริง สนุกสนานเพื่อปิดบังความรู้สึกที่แท้จริง (บรรจง คำหอมกุล และวรรณิ สัตยวิวัฒน์, 2534)

สำหรับผู้ป่วยที่ต้องใส่โลหะยึดตรึงภายนอก (external fixator) อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเกะกะหนัก รำคาญ ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไป หรือเมื่อผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดแล้ว ก็อาจต้องใช้ไม้ค้ำยัน (crutches) ช่วยในการเดินต่อไปอีกระยะหนึ่ง จนกว่ากระดูกติดกันดีจึงจะเลิกใช้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะไม่สะดวกสบาย เป็นต้น

นอกจากอุปกรณ์และวิธีการรักษาพยาบาลแล้ว ระยะเวลาในการรักษาพยาบาลซึ่งมักจะต้องใช้เวลานานเป็นสัปดาห์ เป็นเดือน และบางครั้งอาจนานเป็นปีว่าจะหายเป็นปกติหรือเกือบปกติอันเป็นสาเหตุทำให้ค่าใช้จ่ายสูง เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ในชีวิต ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเป็นเพศชายอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยทำงาน เป็นผู้ที่เคยแข็งแรงดีมาก่อน เป็นหลักในการหารายได้มาใช้จ่ายในครอบครัว เมื่อประสบอุบัติเหตุกระดูกหัก จนบางครั้งรุนแรงมากถึงกับสูญเสียอวัยวะหรือทุพพลภาพไป ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียภาพลักษณ์และความรู้สึกถึงการมีคุณค่าในตนเอง เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ทำให้ขาดรายได้และยังต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอีกเป็นจำนวนมาก บางครั้งต้องลาออกจากงานเพราะต้องรับการรักษาอยู่เป็นเวลานาน ก่อให้เกิดภาวะเครียดและมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก และในบางครั้งผู้ป่วยหรือญาติมีความเข้าใจหรือมีความเชื่อผิด ๆ เข้ามาับการรักษาในโรงพยาบาลแล้วหายช้า ก็เปลี่ยนโรงพยาบาล หรือเปลี่ยนใจไปรักษาที่หมอพระหรือหมอน้ำมนต์แทน เพราะไม่ทราบข้อมูลในการรักษาพยาบาล ซึ่งผลที่ตามมาคือก่อให้เกิดความพิการหรือกระดูกติดผิดรูป ไม่สามารถใช้งานได้ตามปกติ

การสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยออโรโปีดิคส์จึงนับได้ว่าเป็นมีความสำคัญเป็นอันมาก หากมีการสื่อสารให้เข้าใจตรงกันแล้ว สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยจะเป็นไปในทางที่ดี และก่อให้เกิดความพึงพอใจด้วยกันทั้งสองฝ่าย ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพของการพยาบาลด้วย

จากความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออโรโปีดิคส์ ในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ว่ามีพฤติกรรมการสื่อสารเป็นอย่างไร ผู้วิจัยคาดหวังว่าผลการวิจัยนี้จะทำให้พยาบาลวิชาชีพได้ตระหนักถึงพฤติกรรมการสื่อสารของตนเองและนำไปสู่การแก้ไขข้อบกพร่องเพื่อพัฒนาให้คุณภาพการพยาบาลดีขึ้น อีกทั้งยังเป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารการพยาบาลได้ใช้ในการพัฒนาบุคลากรในการให้การพยาบาลผู้ป่วยออโรโปีดิคส์ให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสื่อสารเชิงวัจนะและเชิงอวัจนะของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออโรโปีดิคส์ ในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกาย และจิตใจกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์ ในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส ประสบการณ์ในการทำงาน การอบรมเฉพาะทาง การพยาบาลออโรโรปิติกส์ และการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาล

ปัญหาในการวิจัย

1. พฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์ ในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร เป็นอย่างไร

2. พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุ สถานภาพสมรส ประสบการณ์ในการทำงาน การอบรมเฉพาะทาง การพยาบาลออโรโรปิติกส์ และการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการสื่อสารแตกต่างกันหรือไม่

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มุ่งศึกษาเฉพาะพฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพกับผู้ป่วยออโรโรปิติกส์ ในโรงพยาบาลเลิดสินและโรงพยาบาลราชวิถี ระหว่างเวลา 9.00-16.00 น. ของวันจันทร์ถึงวันศุกร์

แนวเหตุผลและสมมติฐานของการวิจัย

นับตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมักเกิดความเครียดเนื่องจากไม่ทราบว่าแพทย์และพยาบาลจะให้การรักษาดูแลอย่างไร ต้องอยู่ท่ามกลางคนแปลกหน้า ที่ไม่รู้จักรู้กันเคยกันมาก่อน อยู่ในสถานที่ที่มีกฎระเบียบ ต้องพบกับอุปกรณ์ที่มีลักษณะระโยงระยาง เช่น การดึงถ่วงน้ำหนัก (traction) ซึ่งมองดูแล้วอาจจะน่ากลัวในความรู้สึกของผู้ป่วย เป็นต้น ผู้ป่วยควรได้รับการอธิบายเพื่อทราบข้อมูลต่าง ๆ ในการรักษาพยาบาล โดยที่พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลา 24 ชั่วโมง เป็นผู้ที่มีเวลาใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด การปฏิบัติภารกิจใด ๆ แก่ผู้ป่วยนั้นจำเป็นต้องมีการสื่อความหมายให้เข้าใจตรงกันทั้งพยาบาลและผู้ป่วย เพื่อก่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษาพยาบาล พฤติกรรมการสื่อสารของ

พยาบาลกับผู้ป่วยจึงนับได้ว่ามีความสำคัญเป็นอันมาก หากพยาบาลมีพฤติกรรมการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม ก็ส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยได้ เช่น ก่อให้เกิดความเครียด หรือวิตกกังวลเพิ่มขึ้น

ดังนั้น ความสามารถในการสื่อสารของพยาบาลกับผู้ป่วย จึงเป็นสิ่งที่พยาบาลควรตระหนักถึง ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมการสื่อสารเชิงวัจนะหรือเชิงอวัจนะก็ตาม โดยที่การสื่อสารของพยาบาลกับผู้ป่วยนั้นมีปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลกับผู้ป่วยหลายประการ ที่นำมาศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

1. อายุ

อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คนมีความแตกต่างกันในเรื่องความคิด คนที่มีอายุมากขึ้น มีประสบการณ์ทำงานกับคนหลายประเภท ทำให้มองชีวิตอย่างกว้างไกล ครอบคลุมและลึกซึ้ง และมีวุฒิภาวะมากขึ้นด้วย (จินตนา ญาติบรรพต, 2529) จากการศึกษาคุณภาพปฏิสัมพันธ์ของพยาบาลจิตเวชกับผู้ป่วยโดยการสังเกตของ Tyson et al. (1995) พบว่า พยาบาลที่มีอาวุโสมาก มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยน้อยแต่มีพฤติกรรมที่มุ่งไปในการบริหารงานมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบของ Handy (1991) quoted in Tyson et al. (1995) ที่พบว่าพยาบาลที่มีอาวุโสน้อยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยสูงที่สุด ในขณะที่พยาบาลที่มีอาวุโสมากใช้เวลาไปในการบริหารงานมากกว่า และบุคคลที่มีอายุน้อยจะมีพฤติกรรมการตอบสนองต่อการติดต่อสื่อสารเปลี่ยนไปเมื่อมีอายุมากขึ้น Myers and Myers, 1982 อ้างถึงใน พิษขุดา วิรัชพินทุ, 2534)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานข้อ 1 ว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมการสื่อสารต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออโรปิคิสต์แตกต่างกัน

2. สถานภาพสมรส

การสมรสเป็นจุดเริ่มต้นของครอบครัวอย่างหนึ่งของมนุษย์เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตและสภาพความเป็นอยู่ของบุคคล โดยเฉพาะด้านความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ รวมทั้งการปฏิบัติงาน (นิภา นิธยานน, 2530 อ้างถึงใน สุภรณ์ ลิ้มวิภาวีนันต์, 2535) บุคคลที่มีสถานภาพสมรสคู่จะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรส มีที่ปรึกษาระบายความรู้สึกคับข้องใจในการทำงาน มีความรัก ความเข้าใจและความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน รู้จักผ่อนหนักผ่อนเบา ให้อภัย ช่วยกันตัดสินใจ และแก้ปัญหาต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยลดความเครียดและความเบื่อหน่ายในการทำงานได้ สำหรับบุคคลที่โสดจะมีอิสระในการตัดสินใจที่จะทำตามสิ่งที่ตนเองปรารถนา (สุนีย์ มหาพรหม, 2536)

จากข้างต้น พอจะกล่าวได้ว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีสถานภาพสมรสคู่และสถานภาพสมรสโสดน่าจะมีพฤติกรรมสื่อสารที่แตกต่างกัน โดยที่พยาบาลที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีความเครียดและความเบื่อหน่ายในการทำงานน้อยกว่าพยาบาลที่มีสถานภาพสมรสโสด เนื่องจากได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรส ดังนั้น พฤติกรรมสื่อสารของพยาบาลที่มีสถานภาพสมรสคู่ จึงมักจะมีพฤติกรรมสื่อสารที่ดีกว่าพยาบาลที่มีสถานภาพสมรสโสด

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานข้อ 2 ว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีพฤติกรรมสื่อสารต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออริโอปีติกส์แตกต่างกัน

3. ประสบการณ์การทำงาน

ประมวล รุจนเสรี (2523) ได้กล่าวไว้ว่า หากข้าราชการใดปฏิบัติหน้าที่ใดหน้าที่หนึ่งติดต่อกันเป็นเวลานาน ผลที่เกิดขึ้นก็คือจะทำให้การปฏิบัติงานมีลักษณะเป็นงานกิจวัตรประจำวัน (routine) โดยเฉพาะงานพยาบาลที่ผู้ปฏิบัติการพยาบาลเกิดความรู้สึกว่าเป็นงานทำเป็นกิจวัตรประจำวัน มีการเปลี่ยนแปลงไม่มากในแต่ละวันมักเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายในงานนั้น ๆ ขึ้น ถ้าพยาบาลมีความรู้สึกเบื่อหน่ายในงานขึ้น บางคนจะแสดงออกทาง สีหน้า ท่าทาง คำพูด หรือพฤติกรรมอื่นๆ ในลักษณะที่ไม่สนใจเอาใจใส่หรือไม่ต้องการช่วยเหลือผู้ป่วยได้ (พิชชุดา วิรัชพินทุ, 2534) และจากการศึกษาเจตคติต่อผู้ป่วยสูงอายุ และพฤติกรรมของพยาบาลขณะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยพบว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานแตกต่างกัน มีเจตคติต่อผู้ป่วยสูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพยาบาลกลุ่มที่มีประสบการณ์ในการทำงาน 5 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยเจตคติสูงกว่ากลุ่มพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงาน 1 - 4 ปี (สุภรณ์ ลีมวิภาวีนันต์, 2535)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานข้อ 3 ว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำงานต่างกันจะมีพฤติกรรมสื่อสารต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออริโอปีติกส์แตกต่างกัน

4. การอบรมเฉพาะทางการพยาบาลออริโอปีติกส์

การศึกษาต่อ หรือการเข้ารับการอบรมวิชาความรู้ต่าง ๆ จะช่วยให้บุคคลเกิดความรู้ ความคิด มีแนวทางในการปฏิบัติงานและความเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ มากขึ้น (พิชชุดา วิรัชพินทุ, 2534) โดยที่คนที่มีการศึกษาสูง หรือมีความรู้ดี จะได้เปรียบอย่างมากในการที่จะเป็นผู้รับสารที่ดี ทั้งนี้เพราะคนเหล่านี้มีความรู้กว้างขวางในหลายเรื่อง มีความเข้าใจศัพท์มากและมีความเข้าใจสารได้ดี และจากการวิเคราะห์ปฏิภิกิริยสัมพันธ์ของพยาบาลกับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยจิตเวชของ จารุวรรณ เอกอรรถมัยผล (2530) พบว่า พยาบาลที่เคยและไม่เคยได้รับการศึกษา

ต่อเนื่องเฉพาะทางการพยาบาลจิตเวช จะมีพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ในเรื่องจุดเน้นของปฏิกริยาสัมพันธ์ที่ให้กับผู้ป่วย โดยพยาบาลที่เคยได้รับการศึกษาต่อเนื่องเฉพาะทางการพยาบาลจิตเวช ส่วนใหญ่จะเน้นที่จิตใจ ส่วนพยาบาลที่ไม่เคยได้รับการศึกษาต่อเนื่องเฉพาะทางการพยาบาลจิตเวช ส่วนใหญ่จะเน้นที่ร่างกาย ส่วน Degner และ Gow (1988) อ้างถึงใน รัชพร ประทุมวัน (2534) ได้ศึกษาการเตรียมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย พบว่า พยาบาลที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับความตาย มีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายได้ดีกว่าพยาบาลที่ไม่ได้รับความรู้

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานข้อ 4 ว่า พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ และพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ได้รับการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลออร์โธปิดิกส์จะมีพฤติกรรมการสื่อสารต่อการดูแลด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ แตกต่างกัน

5. การรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาล

ในการปฏิบัติกรพยาบาล พยาบาลต้องแสดงบทบาทของตน ทั้งที่เกี่ยวข้องกับ ผู้รับบริการ ผู้ร่วมงาน และบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องให้เหมาะสม สอดคล้องกับความคาดหวังของวิชาชีพและสังคม นอกเหนือจากบทบาทอื่นที่ต้องแสดงอยู่แล้ว (ฟาริดา อิบราฮิม, 2535) ในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพนั้น พยาบาลจะแสดงเอกลักษณ์และเอกลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพได้ชัดเจนก็คือ การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามหน้าที่ที่เป็นอิสระ แต่ในขณะที่เดียวกันพยาบาลวิชาชีพก็ยังคงต้องปฏิบัติกิจกรรมตามหน้าที่ที่ไม่เป็นอิสระ หรือหน้าที่ที่ต้องพึ่งพากัน ควบคู่กันไป เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการทางสุขภาพที่มีคุณภาพตามความคาดหวังของสังคมนั้นด้วย (นันทนา น้ำฝน, 2538) และการปฏิบัติกรพยาบาลที่สามารถแสดงเอกลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพได้อย่างชัดเจนก็คือ การปฏิบัติกรพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล แต่พยาบาลวิชาชีพมิไ้มีบทบาทเฉพาะในการปฏิบัติกรพยาบาลเท่านั้น พยาบาลวิชาชีพยังต้องรับผิดชอบในการบริหารจัดการและควบคุมงานการพยาบาลที่ให้แก่ผู้รับบริการให้ดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย ตลอดจนบริหารบุคลากรทางการพยาบาล และบริหารทรัพยากรอื่น ๆ ทุกประเภท (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2526 อ้างถึงใน นันทนา น้ำฝน, 2538)

บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติกรพยาบาลนั้น มีมากมายหลายประการ ดังที่มีผู้กล่าวไว้หลายท่าน ซึ่งล้วนแล้วแต่คล้ายคลึงกันคือ (Beaton, 1991; Potter, 1993; Tayler, 1993 และ ฟาริดา อิบราฮิม, 2535) บทบาทด้านการดูแล บทบาทผู้สอน บทบาทด้านการให้คำปรึกษา บทบาทด้านการเป็นผู้นำ บทบาทผู้จัดการ บทบาทด้านการให้และรับข้อมูลข่าวสาร บทบาทด้านการตัดสินใจ บทบาทด้านการเป็นผู้แทนของผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งบทบาทเหล่านี้ล้วนแล้วแต่ต้องอาศัยทักษะการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพของพยาบาลวิชาชีพจึงจะทำให้พยาบาล

พฤติกรรมกรรมการสื่อสารเชิงวัจนะ หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารของพยาบาลกับผู้ป่วย โดยพยาบาลเป็นผู้ส่งสารโดยใช้ถ้อยวาจา ในการดูแลผู้ป่วยออโรโรปีติคส์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะคือ

1. การสื่อสารเชิงวัจนะทางบวก คือ การพูดและส่งสารทางวาจาโดยพยาบาลใช้ถ้อยคำที่แสดงความเอื้ออาทรผู้ป่วย โดยใช้มธุรสวาจาในการปลอบใจ ให้ความอบอุ่นใจ ให้กำลังใจ ให้ความหวัง เรียกผู้ป่วยโดยใช้สรรพนามนำหน้าชื่อที่เหมาะสม ใช้ภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจง่าย มีการกล่าวขอโทษ หรือกล่าวชมเชยผู้ป่วย เป็นต้น

2. การสื่อสารเชิงวัจนะทางลบ คือ การพูดและส่งสารทางวาจา โดยพยาบาลใช้ถ้อยคำที่ไม่แสดงความเอื้ออาทรผู้ป่วย เป็นการวางตนเหนือผู้ป่วย มักใช้ถ้อยคำที่เป็นการออกคำสั่ง บังคับ ช่มชู้ บ่น หรือดูผู้ป่วย เป็นต้น

พฤติกรรมกรรมการสื่อสารเชิงอวัจนะ หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารของพยาบาลกับผู้ป่วยโดยพยาบาลเป็นผู้ส่งสารโดยการไม่ใช้ถ้อยวาจา ในการดูแลผู้ป่วยออโรโรปีติคส์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ลักษณะคือ

1. อาการภาษา คือ พฤติกรรมการสื่อสารที่แสดงให้เห็นถึงภาพพจน์ของพยาบาล และสามารถบอกถึงสภาพจิตใจของพยาบาลได้ โดยแสดงออกทางท่าทางการเคลื่อนไหวของร่างกาย มีทั้งทางบวกและทางลบ ทางบวก เช่น การกระตือรือร้นรีบให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ยิ้มแย้มแจ่มใสขณะทำการสื่อสารกับผู้ป่วย เป็นต้น ทางลบ เช่น ปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยด้วยท่าทีกระแทกกระชั้น สีหน้าบึ้งตึง คิ้วขมวด ริมฝีปากแน่น แสดงอาการหงุดหงิด และรำคาญ เป็นต้น

2. นัยนภาษา คือ พฤติกรรมการสื่อสารที่พยาบาลแสดงออกทางสายตาที่มีทั้งทางบวกและทางลบ ทางบวกเช่น พยาบาลสบตากับผู้ป่วยด้วยสายตาที่อ่อนโยน แสดงถึงความ เป็นมิตร เป็นต้น ทางลบ เช่น พยาบาลไม่สบตากับผู้ป่วยในขณะที่ทำการสื่อสารกัน หรือจ้องดูผู้ป่วยด้วยสายตาไม่พอใจ เป็นต้น

3. สัมผัสภาษา คือ พฤติกรรมการสื่อสารที่พยาบาลและผู้ป่วยแสดงออกโดยการจับต้องตัวผู้ป่วย มีทั้งทางบวกและทางลบ ทางบวก เช่น สัมผัสผู้ป่วยด้วยท่าที่นุ่มนวล สัมผัสผู้ป่วยอย่างมั่นคงขณะช่วยแพทย์ทำการรักษา เป็นต้น ทางลบ เช่น สัมผัสผู้ป่วยอย่างไม่นุ่มนวล มีการสะกิด หรือเขย่าผู้ป่วยอย่างรุนแรง เป็นต้น

4. ปริภาษา คือ พฤติกรรมการสื่อสารที่พยาบาลแสดงออกโดยอาศัยน้ำเสียงที่เปล่งออกมากับภาษาที่ใช้ถ้อยคำ มีทั้งทางบวกและทางลบ ทางบวก เช่น น้ำเสียงนุ่มนวล อ่อนโยน ไพเราะ อ่อนหวาน เป็นต้น ทางลบ เช่น เสียงดัง น้ำเสียงห้วน กระด้าง การตะโกน เป็นต้น

5. **เทศกาลภาษา** คือ พฤติกรรมการสื่อสารที่พยาบาลแสดงออกโดยใช้ระยะใกล้ไกลเป็นเกณฑ์ ในขณะที่พยาบาลให้การพยาบาลผู้ป่วย เป็นช่วงระยะที่พยาบาลกับผู้ป่วยทำการสื่อสารกัน โดยสื่อให้เห็นความหมายบางประการที่อยู่ในจิตสำนึกของทั้งพยาบาลและผู้ป่วย เช่น เมื่อพยาบาลอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ก็จะแสดงถึงการเอาใจใส่ ยอมรับและไว้วางใจ แต่ถ้าอยู่ไกลก็จะแสดงถึงความไม่ใส่ใจ การละเลย เป็นต้น โดยแบ่งระยะที่พยาบาลทำการสื่อสารกับผู้ป่วยออกเป็นระยะใกล้ชิดสนิทสนม มีระยะตั้งแต่ 0-18 นิ้ว ระยะส่วนบุคคล มีระยะตั้งแต่ 18 นิ้ว - 4 ฟุต และระยะสังคม มีระยะตั้งแต่ 4-12 ฟุต

6. **กาลภาษา** คือ พฤติกรรมการสื่อสารที่พยาบาลแสดงออกโดยการให้เวลากับผู้ป่วย การที่พยาบาลให้เวลาในการติดต่อสื่อสารด้วยมาก แสดงว่าพยาบาลมีความเอาใจใส่ผู้ป่วย โดยกำหนดระยะเวลาที่พยาบาลสื่อสารกับผู้ป่วยเป็นนาทีและวินาที

การรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาล หมายถึง การที่พยาบาลวิชาชีพตระหนักว่าตนมีบทบาทหน้าที่ที่จะต้องปฏิบัติอย่างไร ในขอบเขตความรับผิดชอบของตน และสามารถปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสมในแต่ละบทบาท ซึ่งแบ่งเป็น 8 บทบาท คือ

1. **บทบาทด้านการดูแล** หมายถึง การที่พยาบาลวิชาชีพให้ความสนใจ ดูแลเอาใจใส่ ช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย เป็นการให้การดูแลแบบองค์รวมโดยการคำนึงถึงกายจิต อารมณ์และสังคม รวมทั้งด้านเศรษฐกิจ ศาสนา และความเชื่อ ของผู้ป่วย ซึ่งกระทำโดยการใช้กระบวนการพยาบาล ในการประเมินและวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลแก่ผู้ป่วย

2. **บทบาทผู้สอน** หมายถึง การที่พยาบาลวิชาชีพ สอน หรืออธิบาย ทำการสาธิต ประเมินความก้าวหน้าของการเรียนรู้ และตอบข้อซักถามของผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และผู้ร่วมงาน เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม

3. **บทบาทด้านการให้คำปรึกษา** หมายถึง การที่พยาบาลวิชาชีพ ทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และผู้ร่วมงาน โดยการรับฟังปัญหา พุดคุย และแนะนำวิธีการแก้ปัญหาเป็นรายบุคคล รายกลุ่ม อย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยการใช้ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลในลักษณะที่ให้ความอบอุ่น เป็นมิตร เปิดเผย และเกิดความร่วมมือรู้สึก เพื่อให้บุคคลดังกล่าวเกิดการเรียนรู้ และเลือกแนวทางปฏิบัติในการจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม

4. **บทบาทด้านการเป็นผู้นำ** หมายถึง การที่พยาบาลวิชาชีพ ใช้ความสามารถ ในการมีอิทธิพลเหนือผู้อื่น โน้มน้าว ประสานงาน ให้ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และผู้ร่วมงานเกิดความ กระตือรือร้น และให้ความร่วมมือ ในการวางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามความมุ่งหมายที่ได้ตั้งไว้ โดยใช้แบบของความเป็นผู้นำและพฤติกรรมผู้นำ ตามความเหมาะสมกับสถานการณ์การพยาบาล

5. **บทบาทผู้จัดการ** หมายถึง การที่พยาบาลวิชาชีพ ใช้ความรู้ความสามารถในการ วางแผนงาน จัดระบบการพยาบาล จัดอัตรากำลัง ประสานงาน มอบหมายงาน นิเทศการปฏิบัติ งาน ทั้งภายในหน่วยงานและนอกหน่วยงาน โดยมีเป้าหมายเพื่อสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว และมุ่งความสุข ความพึงพอใจของบุคลากรในหน่วยงาน

6. **บทบาทด้านการให้และรับข้อมูลข่าวสาร** หมายถึง การที่พยาบาลวิชาชีพทำ หน้าที่แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และผู้ร่วมงาน ทั้งภายใน และภายนอก หน่วยงานโดยการรับฟัง และชี้แจงให้ทราบในเรื่องการรักษาพยาบาล โดยมีการรวบรวมข้อมูล ข่าวสารอย่างถูกต้อง มีการจัดเก็บข้อมูลข่าวสารของผู้ป่วยไว้เป็นความลับ ซึ่งการรวบรวมข้อมูล ข่าวสารสามารถกระทำได้ด้วยการใช้วาจา และบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร พร้อมทั้งมีการนำ ข้อมูลข่าวสารที่ได้รวบรวมไว้แล้วอย่างถูกต้อง มาใช้ประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาลต่อไป

7. **บทบาทด้านการตัดสินใจ** หมายถึง การที่พยาบาลวิชาชีพ ทำหน้าที่ประเมิน อากาศของผู้ป่วย ทำการวางแผนในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วย โดยพิจารณาถึงปัญหาของ ผู้ป่วยค้นหาวิธีการในการแก้ปัญหา ทำการประเมินผลวิธีการในการแก้ปัญหา และตัดสินใจเลือก วิธีการที่จะนำไปใช้ในการแก้ปัญหาให้ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยและผู้ร่วมงาน โดยในบางสถานการณ์ พยาบาลวิชาชีพทำการตัดสินใจโดยลำพัง บางสถานการณ์ทำการตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วยและ ครอบครัว มีการให้โอกาสแก่ผู้ป่วยในการตัดสินใจ และบางสถานการณ์ทำการตัดสินใจร่วมกับ ผู้ร่วมงานและสมาชิกในทีมสุขภาพ

8. **บทบาทด้านการเป็นผู้แทนผู้ป่วย** หมายถึง การที่พยาบาลวิชาชีพให้การ ประคับประคอง ปกป้อง สนับสนุนสิทธิของผู้ป่วย และปกป้องสิทธิทางกฎหมายแก่ผู้ป่วย ทำ หน้าที่เป็นผู้แทนของผู้ป่วย โดยเป็นตัวกลางระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว หรือเป็นตัวกลาง ระหว่างผู้ป่วยแพทย์ พยาบาล และผู้ที่เกี่ยวข้อง

พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง บุคลากรที่ประกอบวิชาชีพพยาบาลที่สำเร็จการศึกษา พยาบาลระดับเทียบเท่าปริญญาตรี ปริญญาตรีหรือสูงกว่า และได้ขึ้นทะเบียนให้เป็นผู้ประกอบ วิชาชีพสาขาการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้น 1 ซึ่งปฏิบัติงานเป็นพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วย ออร์โธปิดิกส์

ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ หมายถึง ผู้ที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่าป่วยเป็นโรคกระดูกและข้อ โดยนับเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 13 ปีขึ้นไป ตามเกณฑ์การรับผู้ป่วยของโรงพยาบาล

อายุ หมายถึง อายุตามปีปฏิทินของพยาบาลวิชาชีพ คิดเป็นจำนวนปีบริบูรณ์ โดยแบ่งเป็น 2 ช่วง คือ

- 1) 20-30 ปี
- 2) 31 ปีขึ้นไป

สถานภาพสมรส หมายถึง สถานะเกี่ยวกับการสมรสปัจจุบันของพยาบาลวิชาชีพ โดยแบ่งเป็น 3 สถานะ คือ

- 1) โสด
- 2) คู่
- 3) หม้าย หย่า แยกกันอยู่

ประสบการณ์ในการทำงาน หมายถึง ระยะเวลาที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานอยู่ในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ คิดเป็นจำนวนปีบริบูรณ์ โดยแบ่งเป็น 2 ช่วง คือ

- 1) 1-5 ปี
- 2) 6 ปีขึ้นไป

การอบรมเฉพาะทางการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ หมายถึง การที่พยาบาลวิชาชีพได้รับการศึกษาต่อ หรือได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อภายหลังสำเร็จการศึกษาระดับเทียบเท่าปริญญาตรีหรือปริญญาตรี สถานที่ในการอบรมอาจเป็นได้ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน ส่วนระยะเวลาในการอบรมไม่จำกัด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางให้พยาบาลวิชาชีพ พัฒนาการสื่อสารของตนเองกับผู้ป่วยให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น
2. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารใช้ในการวางแผน ปรับปรุงและพัฒนาบุคลากรพยาบาล ในเรื่องการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น