

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัดและความรู้ในการปฏิบัติตัว
ในผู้ป่วยกระดูกขาหัก


.....

สคนธา ผดุงวัตร
ผู้วิจัย


.....

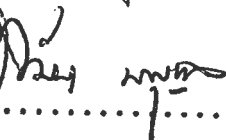
วรรณิ สัตย์วิวัฒน์, วท.บ. (เกียรตินิยม), ค.ม.
ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์


.....

สายนิณ เกษมกิจวัฒนา, ค.บ., วท.ม., พย.ด.
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์


.....

สารเนตร ไวกุล .
พ.บ., ว.ว. (ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์)
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์


.....

ทัศนา บุญทอง, ค.บ., M.S., Ed.D.
ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์


.....

มนตรี จุฬสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

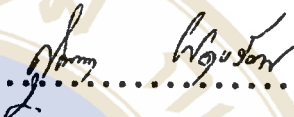
ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัดและความรู้ในการปฏิบัติตัว

ในผู้ป่วยกระดูกขาหัก

ได้รับการนิจนาจานอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

วันที่ 17 พฤศจิกายน 2537


.....

สุคนธา ผดุงวัตร,

ผู้วิจัย


.....

วรรณิ สัตยวิวัฒน์, วท.บ. (เกียรตินิยม), ค.ม.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....

กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, วท.บ., M.S., Ed.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....

สายพิมพ์ เกษมกิจวัฒนา, ค.บ., วท.ม., พย.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....

สมพันธ์ หิดูชีระนันท์,

วท.บ. (เกียรตินิยม), M.S.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....

สารเนตร ไวกอง,

พ.บ., ว.ว. (ศิลปศาสตรออร์โธปิดิกส์)

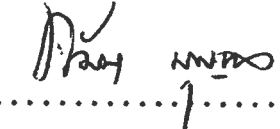
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....

มันตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล


.....

ทัศนยา บุญทอง, ค.บ., M.S., Ed.D.

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นาง สุนธา ผดุงวัตร

วัน เดือน ปีเกิด 24 กุมภาพันธ์ 2502

สถานที่เกิด จังหวัดนครปฐม ประเทศไทย

ประวัติการศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2521-2525:
พยาบาลศาสตร์บัณฑิต
มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2535-2537:
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

ทุนวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
พ.ศ. 2525-ปัจจุบัน: โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพฯ.
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
ทบวงมหาวิทยาลัย
ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพ ระดับ6

กิติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วรณิ สัตยวิวัฒน์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สาสนิณ เกษมกิจวัฒนา และ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ สารเนตร ไวกกุล อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาแนะนำ ตรวจสอบ แก้ไข และให้ข้อคิดที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัย รู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง ขอกราบขอพรพระคุณมา ณ โอกาสนี้ พร้อมกันนี้ผู้วิจัยขอกราบขอพรพระคุณ รองศาสตราจารย์สมพันธ์ หิญชีระนันท์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล ที่กรุณาให้คำแนะนำ และขอเสนอแนะเพิ่มเติม อันเป็นประโยชน์ในการทำวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอพรพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้กรุณาตรวจสอบความเที่ยงตรงในเนื้อหา ของเครื่องมือและแผนการสอน ขอกราบขอพรพระคุณ คุณสมหวัง เนตรรังษี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริชา รักษ์พลเมือง อาจารย์สุทธิพล อุดมพันธ์รัก พันตำรวจตรี ดร. ณัฐนิษฐ์-คุณมาริลิน สนิทวงศ์ ๔ คุณวิมล มนัสอารินาท คุณจรรย์ สงวนลัตย์ ผู้อำนวยการ หัวหน้าภาควิชา หัวหน้ากอง หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างาน ผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ หัวหน้าหอผู้ป่วยผ่าตัดออร์โธปิดิกส์ และห้องฝึกอบรมตลอดจนพยาบาล และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ของโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลเลิดสิน และโรงพยาบาลวชิระ ที่ได้อนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลครั้งนี้เป็นอย่างดียิ่ง และสำคัญที่สุดผู้วิจัย ขอขอบคุณ ผู้ป่วยทุกท่านที่มีส่วนร่วมให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอพรพระคุณ คุณพ่อผู้ล่วงลับไปแล้ว คุณแม่ คุณณัฐระ และ ด.ช. นรวิษฐ์ ผดุงวัตร สำหรับความรักความห่วงใยและกำลังใจ ที่ได้ให้แก่ผู้วิจัยตลอดมา ขอขอบ พระคุณอาจารย์ทุกท่าน ที่ได้อบรมและสั่งสอนถ่ายทอดวิชาความรู้ให้ รวมทั้งเพื่อน ๆ พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต รุ่นที่ 1 ทุก ๆ ท่านที่ให้ความช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจซึ่งกันและกันตลอดมา จนกระทั่งประสบความสำเร็จในการศึกษา ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจาก สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

สคนธา ผดุงวัตร

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัด และความรู้ในการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยกระดูกขาหัก

ผู้วิจัย สุคนธา ผดุงวัตร

ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

วราณี สัตย์วิวัฒน์, วท.บ.(เกษรตินิยม), ค.ม.

สายนิม เกษมกิจวัฒนา, ค.ม.(พยาบาล), วท.ม.(พยาบาล), นย.ด.

สารเนตร ไวกกุล, พ.บ., ว.ว.(ศึกษาศาสตร์ออร์โธปิดิกส์)

วันที่สำเร็จการศึกษา 17 พฤศจิกายน พ. ศ. 2537

บทคัดย่อ

การสอนผู้ป่วยนับว่าเป็นบทบาทสำคัญมากสำหรับพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสอนผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดในครั้งแรกของชีวิต เพราะเป็นการช่วยลดความกลัว ความเครียด และความวิตกกังวล ที่จะเกิดขึ้นจากการผ่าตัด ฉะนั้นข้อมูลหรือเนื้อเรื่องที่จะสอนผู้ป่วยต้องสอดคล้องกับความต้องการ สถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในการผ่าตัดครั้งนี้ด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดเจตคติที่ดีต่อการผ่าตัด สามารถคาดเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ตรงหรือใกล้เคียงกับความเป็นจริง นั่นคือมีการรับรู้ต่อประสบการณ์การผ่าตัดที่ดี และยังส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ที่ดีต่อไปอีกด้วย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัด และความรู้ในการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยกระดูกขาหัก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกระดูกขาหัก ที่รับไว้รักษาในแผนกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลเลิดสินและโรงพยาบาลวชิระ จำนวน 40 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ 20 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุมได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาลประจำการ 20 คนต่อมาเป็นกลุ่มทดลอง ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนจากผู้วิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว แบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัด และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัดด้วยการทดสอบทีแบบอิสระ และ

เปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการปฏิบัติตัวด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม โดยใช้คะแนน
ความรู้ก่อนสอนเป็นตัวแปรร่วม

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

ผู้ปวยกระดูกขาหักที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนมีการรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัดและมีความรู้
ในการปฏิบัติตัวดีกว่าผู้ปวยที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรสอนผู้ปวยกระดูกขาหักอย่างมีแบบ
แผน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ปวยมีการรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัดที่ดี และมีความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ดีต่อไป



Thesis Title The Effect of Planned Instruction on Perception of
Surgical Experience and Practical Knowledge in Fracture
Leg Patients.

Name Sukontha Padungwattra

Degree Master of Nursing Science

Thesis Supervisory Committee

Wanee Satyawiwat, BSc.(Nursing)Hons., M.Ed.

Saipin Gasemgitvatana, B.Ed., M.Sc.(Nursing)., D.N.S.

Saranatra Waikakul, M.D., F.I.M.S., Dip. Thai Broad
Orthop. Surg., F.R.C.S.T.

Date of Graduation 17 November B.E. 2537 (1994)

ABSTRACT

A nurse plays an important role in providing an appropriate preoperative instruction to a patient in particular his / her the first visit surgical procedure. A desirable instruction should be educated to the patients in order to clearing of understanding the upcoming operation. As a result, his / her apprehension, stress and anxiety covering to the surgery can be alleriated. Bedside it also help the patient to have a good perception of the surgical experience and good practical knowledge as well as the positive attitudes for a better cooperation.

This study was a quasi-experimental research study. The main purpose was to investigate the effects of planned instruction on the perception of the surgical experience and practical knowledge among fractured leg patients. Forty patients who were admitted to the

orthopedic departments at Siriraj, Bhumiphol Adulyadej, Lerd Sin and Vajira General Hospitals constituted the sample of the study.

The patients were allocated into 2 groups, consisting of 20 patients in each the group. The control group received routine instruction provided by the staff nurses in the hospitals, while the experimental group received planned instruction arranged by the researcher. Base line data which were record including the questionnaires on perception of the surgical experience and on practical knowledge. The data were analyzed by percentage, statistical averages and standard deviation. Respondents' scores on perception of the surgical experience were tested by independent t-test and scores on practical knowledge were analyzed by analysis of covariance using pretest scores as covariate.

We found that the patients who received planned instruction have better perception of the surgical experience and better practical knowledge than those who received routine instruction ($p < .05$)

In conclusion, the researcher suggests that the planned preoperative instruction is an essential tool to help the patients forming good perception of the surgical experience and increasing their practical knowledge.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบแนวคิดทฤษฎี	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
สมมติฐานการวิจัย	6
ขอบเขตของการวิจัย	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
นิยามตัวแปร	7
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง	
แนวคิดเกี่ยวกับการสอน	8
แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้	19
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ปวยกระดูกหักและการรักษา	26
ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในผู้ปวยกระดูกขาหัก	28
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	33
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	34
วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	38
การวิเคราะห์ข้อมูล	39

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	
ผลการวิจัย	42
การอภิปรายผล	48
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	53
ข้อเสนอแนะ	54
บรรณานุกรม	56
ภาคผนวก	
ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	67
ข. ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	
แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว	71
แบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัด	72
แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยกระดูกขาหัก	74
แผนการสอนผู้ป่วยกระดูกขาหัก	76
คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยกระดูกขาหัก	78

สารบัญตาราง

	หน้า	
ตารางที่ 1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง	43
ตารางที่ 2	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	45
ตารางที่ 3	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของ ผู้ช่วยกระดูกขาหักก่อนสอน และหลังสอนในกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม	46
ตารางที่ 4	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมของคะแนนความรู้ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้คะแนนก่อนการสอนเป็นตัวแปรร่วม	47

สารบัญแผนภูมิ

	หน้า
แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดทฤษฎี	5
แผนภูมิที่ 2 กระบวนการของการรับรู้	20
แผนภูมิที่ 3 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล	41



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อุบัติเหตุเป็นปัญหาความเจ็บป่วยสำคัญที่เกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกคน ทุกสถานที่และทุกเวลา ผู้เคราะห์ร้ายไม่มีโอกาสได้เตรียมตัวเตรียมใจมาก่อน จากการที่วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้นทำให้อุบัติเหตุเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ประชาชนจึงได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุมากขึ้น (ขวัญตา ไม้หยงงาม 2534: 1) ซึ่งในจำนวนผู้ที่ได้รับบาดเจ็บนั้น ส่วนมากเกิดกับระบบกระดูกและข้อ คิดเป็นร้อยละ 60 หรือมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับอุบัติเหตุทุกลักษณะที่เกิดกับระบบอื่น (เจริญ โชติกวนิชย์ 2524: 477) จากสถิติของโรงพยาบาลศิริราช พบว่าอุบัติเหตุส่วนใหญ่เกิดจากรถจักรยานยนต์ร้อยละ 25.76 ทำให้เกิดกระดูกหักข้อเคลื่อนหรือฉีกขาด คิดเป็นชายร้อยละ 69.6 หญิงร้อยละ 30.4 พบในช่วงวัยเด็กหนุ่มสาว กลุ่มอายุ 21-30 ปี (ปริษารักษ์พลเมือง 2528: 12-22) และจากการศึกษาผู้ป่วยจำนวน 315 ราย ที่มารับการรักษาที่หน่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เมื่อปี พ.ศ. 2531 พบว่า ผู้ป่วยเป็นชาย 274 ราย หญิง 41 ราย ส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 21-35 ปี พบว่าส่วนล่างของร่างกายได้รับบาดเจ็บมากที่สุด และอวัยวะที่พบได้เสมอจากอุบัติเหตุดังกล่าวคือ กระดูกหัก (สุทร ขวรัตน์เวช 2532: 1; ประดิษฐ์ คักคังศรี 2527: 1) ในนักกีฬาที่พบว่ามีการหักกระดูกร้อยละ 2.55 โดยพบกระดูกขา (lower limb) ร้อยละ 18.79 (ศิริวัฒน์ กุลทนันทน์ 2535: 194) สรุปได้ว่ากระดูกหักเป็นปัญหาสำคัญของระบบกระดูกและข้อซึ่งบริเวณที่หักมากที่สุดคือขา (lower extremity) พบได้ถึงร้อยละ 30-40 และการรักษากระดูกหักและข้อเคลื่อนที่ขา ผลการรักษาไม่ดีเท่าการรักษากระดูกหัก และข้อเคลื่อนที่แขน โดยมีภาวะแทรกซ้อนมากกว่า (เจริญ โชติกวนิชย์ 2524: 477-479) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นคือ กระดูกไม่ติด (nonunion) กระดูกติดช้า (delay union) หรือกระดูกติดผิดรูป (malunion) การติดเชื้อที่กระดูก (osteomyelitis) และข้อติด (stiffness) ซึ่งปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้กลายเป็นโรคเรื้อรังรักษาหายได้ช้า และอาจกลายเป็นความพิการชนิดถาวร โดยที่ส่วนนั้นไม่สามารถกลับมามีรูปร่างและทำหน้าที่อย่างเดิมได้ มีผลให้เกิดการสูญเสียทางร่างกายและจิตใจ เกิดอุปสรรคในการประกอบอาชีพ และการดำเนินชีวิตที่ดีในสังคม เป็นภาระแก่ผู้อื่น ทั้งที่ผู้ป่วยอยู่ในวัยที่ น่าจะเป็นประโยชน์แก่ครอบครัว และประเทศชาติอย่างมาก

การรักษาผู้ป่วยกระดูกหักในปัจจุบัน นิยมให้การรักษาโดยวิธีผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูลมรรถภาพได้เร็ว กลับไปทำงาน และเข้าสู่สังคมได้เร็ว และมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าการเข้าเฝือกเป็นเวลานาน ๆ การรักษาต้องเน้นหนักไปทางการผ่าตัดใส่โลหะเข้าไปยึดกระดูกวิธีใดวิธีหนึ่งมากกว่าการเข้าเฝือก (ประดิษฐ์ คัคคิศรี 2527: 1-2; Phipps 1983: 746) การผ่าตัดจะช่วยให้กระดูกที่หักติดกันอยู่ในท่าที่ถูกต้องและมีความมั่นคง สามารถทำหน้าที่ตามปกติได้เร็วขึ้นช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการจำกัดการเคลื่อนไหวนาน ๆ และยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถออกจากโรงพยาบาลได้เร็วขึ้นด้วย (บงกช พึ่งพชรกรักษ์ 2529:229) การผ่าตัดใส่แผ่นโลหะตามกระดูก (plate) ไว้ พบว่าผู้ป่วยมักลงน้ำหนักโดยที่แพทย์ยังไม่แนะนำในระยษที่กระดูกยังไม่ติดกันสนิทกระดูกยังติดน้อยรับน้ำหนักของร่างกายไม่พอ ทำให้เกิดแผ่นโลหะหัก (Broken plate) ซึ่งพบได้ร้อยละ 4.07 ซึ่งมีผลทำให้เกิดกระดูกไม่ติด กระดูกติดช้า หรือกระดูกติดผิดรูป (วิโรภาส ภูมิขภูมิ 2535:108)

จากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัยพบว่า มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ต้องกลับมาผ่าตัดเอาโลหะที่ตามกระดูกไว้ก่อนกำหนดเวลาเพราะโลหะนั้นหัก จากการที่ผู้ป่วยเดินลงน้ำหนักก่อนที่แพทย์อนุญาต สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกและข้อ ที่แผลผ่าตัดเป็นแบบแผลสะอาด (cleaned wound) ในช่วงปี 2532-2534 ของโรงพยาบาลศิริราช พบว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ (antibiotic) มีการติดเชื้อเฉพาะที่ไม่รุนแรงร้อยละ 4.5 และติดเชื้อรุนแรงร้อยละ 1.2 (วิชัย วนดรงค์วรรณ และคณะ 2535:17) ปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้เป็นภาวะคุกคามต่อผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ การได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ทำให้ผู้ป่วยซึ่งมีสุขภาพดีต้องกลายเป็นผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อรับการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล (Domar, Everett & Keller ; Dumas & Johnson ;Graham& Conley ; Lightor, et al. ; Mc.Cleane & Cooper ; Moore ;Oberies, et al.อ้างใน วัชร กลินีเพื่อง 2535: 5 ; Volcier 1978 cited in Chapman 1985; 26 Swindale 1989: 899) การผ่าตัดไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัดใหญ่ การผ่าตัดเล็ก การผ่าตัดฉุกเฉิน หรือการผ่าตัดที่ทราบล่วงหน้ามาก่อนก็ตาม มักจะก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยได้ ดังเช่น การศึกษาของโวลีเชอร์ (Volicer 1974: 238) พบว่า ผู้ป่วยทางศัลยกรรมมีคะแนนความเครียดมากกว่าผู้ป่วยของอายุรกรรม เนื่องจากมีความรู้สึกกลัวความไม่แน่นอนต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นจากการผ่าตัดและปัญหาที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัด กลัวเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบ กลัวขณะรอผ่าตัด กลัวตื่น

ก่อนผ่าตัดเสร็จ กลัวการถูกแยกจากครอบครัวและสังคม กลัวการสูญเสียหน้าที่การงานและการควบคุมตนเอง (Volcier 1978 cited in Chapman 1985: 26; Chapman 1985: 26-29; McCleane & Cooper 1990: 154, Moore 1990: 225) ซึ่งความกลัว ความวิตกกังวลเหล่านี้ อาจมีผลต่อการเรียนรู้ และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ (Janis 1958 cited in Biley 1989:576) ที่พบบ่อย คือ ภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ เช่นปอดแฟบ ปอดอักเสบ ระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน ระบบไหลเวียนโลหิต (Bonica & Benedetti 1980 cited in Chapman 1985: 22; Luckmann & Sorensen 1987:417-421 ; Richard 1989:120-137) จากการศึกษาของนายามาติและคาคีวาระ (Nyamathi & Kachiwabara 1988:164-169) ที่ศึกษาความวิตกกังวลในผู้ป่วย ศัลยกรรมพบว่า ความสามารถในการใช้สติปัญญาจะลดลง เมื่อความวิตกกังวลสูงขึ้นซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยต้องพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น (Egbertetal 1964 cited in Biley 1989:576) เกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจของผู้ป่วยครอบครัวและประเทศชาติ ทำให้โรงพยาบาลไม่สามารถหมุนเวียนเตียงเพื่อรับผู้ป่วยได้เพียงพอกับความต้องการอีกด้วย (Richard 1989: 120-137) การให้ข้อมูลที่เจาะจงกับความต้องการของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคาดหวังเหตุการณ์ได้ตรงกับความ เป็นจริง ช่วยลดความวิตกกังวลที่จะเกิดขึ้น และช่วยให้ผู้ป่วยใช้สติปัญญาในการประเมินเหตุการณ์ได้ดียิ่งขึ้น (Auerbach and Martelli 1983 :1290)

ดังนั้น ในการช่วยผู้ป่วยลดความวิตกกังวล ความกลัว และความเครียดที่จะเกิดขึ้นจากการได้รับการผ่าตัดเป็นครั้งแรกในชีวิตของผู้ป่วยกระดูกขาหัก โดยการสอนให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เพราะการสอนเป็นสิ่งเร้าที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดปฏิริยาตอบสนอง มีการรับรู้ และเกิดการเรียนรู้ตามมา ในการสอนนี้ต้องตรงกับความ ต้องการข้อมูลของผู้ป่วยด้วย เพื่อให้เกิดการรับรู้ถึงประสบการณ์การผ่าตัดที่ดี อันจะส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ เกิดความสามารถในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดทั้งร่างกายและจิตใจได้ดีและมีประสิทธิภาพ พยาบาลต้องแสดงบทบาทเป็นครู ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลที่แสดงออกได้อย่างอิสระ และการสอนที่ทำให้เกิดผลดีมีประโยชน์สูงสุดแก่ผู้เรียนคือ การสอนอย่างมีแบบแผน ซึ่งจากผลงานการวิจัยได้นำไปใช้กับการสอนอย่างมีแบบแผนแก่ผู้ป่วยโรคต่าง ๆ แล้วว่าได้ผลดีมีประสิทธิภาพกว่าการสอนแบบทั่ว ๆ ไป (เมาริษา ไกรฤกษ์ 2528; สุนันทา คำพอ 2524; กนกพร สุคำวัง 2527; ศรีนวล โอสถเสถียร 2527; กัญจนี พันธ์ิช

2530; สุนิศ วรศิริ 2531; ลีริวัฒน์ หาญวงศ์ 2532) จากประสบการณ์ของผู้วิจัยเองพบว่า การสอนอย่างมีแบบแผนของพยาบาลยังมีไม่มากนัก ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะสอนผู้ช่วยกระดูก ขาหักอย่างมีแบบแผน นอกจากนี้การสอนอย่างมีแบบแผนจะต้องมีการกำหนดวัตถุประสงค์ เนื้อหา วิธีการสอน อุปกรณ์ที่ใช้ในการสอน ตลอดจนมีการประเมินผลการสอนด้วย อีกทั้งการสอนเป็นรายบุคคล ทำให้ผู้สอนและผู้เรียนมีการสนทนาซักถาม ขอคำอธิบายเพิ่มเติมตามปัญหาของแต่ละบุคคล เป็นการสร้างสัมพันธ์ไมตรีที่ดีต่อกัน ระหว่างผู้สอนและผู้เรียน สามารถประเมินผลการเรียนรู้ของผู้ป่วยได้ทันที ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ถูกต้อง (สมจิต ศรีพรหม 2524: 4; สุรีย์ จันทร์โมลี 2530: 83; Kostas 1980: 574-576; Mc.Combos 1980: 19-28)

นอกจากวิธีการสอนดังกล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยได้นำสื่อการสอนมาประกอบ ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ด้วย เพื่อช่วยให้การเรียนรู้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนการสอน ทำให้ไม่เบื่อหน่าย สนใจในเนื้อหาที่เรียนมากขึ้น โดยผู้วิจัยจัดทำภาพพลิก (Flip chart) ซึ่งประกอบด้วยรูปภาพสิ่งแวดล้อม บุคลากร เครื่องมือ เครื่องใช้บางอย่างในห้องผ่าตัด เป็นภาพสีประกอบคำบรรยายสั้น ๆ จุดประสงค์ให้ผู้ช่วยกระดูกขาหักได้มีการสัมผัสจากการดูภาพพลิกด้วยตา เพิ่มจากการฟังด้วยหูเพียงอย่างเดียว ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจยิ่งขึ้น และในเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ช่วยก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดนั้นผู้วิจัยได้จัดทำคู่มือ ประกอบภาพการ์ตูน เพื่อแจกให้ผู้ป่วยได้ทบทวนความรู้ที่ได้รับจากการสอนอีก ซึ่งการ์ตูนที่ใช้เป็นสื่อจะช่วยดึงดูด และเร้าความสนใจ เพิ่มความกระตือรือร้นไม่เบื่อหน่าย ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยคาดว่า การสอนอย่างมีแบบแผนที่ผู้วิจัยจัดขึ้นนี้จะ เป็นสิ่งเร้าไปกระตุ้นประสาทสัมผัสของผู้ช่วยกระดูกขาหัก ซึ่งสมองจะตีความ และรู้ความหมายจากการรู้สึกว่สิ่งเร้านั้นคืออะไร มีการสั่งให้ร่างกายตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้น ๆ การตีความและรู้ความหมายนี้จะทำให้เกิดการรับรู้ขึ้น ซึ่งการรับรู้ที่ถูกต้องจะเป็นพื้นฐานสำคัญยิ่ง ของการเรียนรู้ ทำให้เกิดเป็นความคิด ความรู้ ความเข้าใจ และเจตคติที่ดีตามมา ดังนั้นเมื่อ ผู้ช่วยกระดูกขาหักได้รับการสอนจากผู้วิจัย จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ขึ้น มีการรับรู้ต่อประสบการณ์การผ่าตัดที่ดี มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด สามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการสอนดังกล่าวไปใช้ในการปฏิบัติตัว เพื่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายภายหลังการผ่าตัดป้องกัน และลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ดังกล่าวแล้วข้างต้น ทำให้ผู้ป่วยกลับบ้านและกลับไปประกอบสัมมาอาชีพได้เร็วขึ้นด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เปรียบเทียบการรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัดของผู้ป่วยกระดูกขาหักระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผน กับกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ
2. เปรียบเทียบความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดของผู้ป่วยกระดูกขาหัก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผน กับกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผน มีความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดดีกว่าผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการสอนตามปกติ
2. ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผน มีการรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัดดีกว่าผู้ป่วย กระดูกขาหักที่ได้รับการสอนตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัด และความรู้เรื่องการปฏิบัติตัว ในผู้ป่วยกระดูกขาหัก โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยขาหักทั้งกระดูกต้นขา กระดูกหน้าแข้ง (fracture femur, fracture tibia) ที่รับตัวไว้รักษาในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลวชิระ ไม่จำกัดเพศ ระดับการศึกษา ฐานะเศรษฐกิจ สถานภาพสมรส และระยะเวลาในการอยู่ในโรงพยาบาล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เป็นแนวทางแก่พยาบาลประจำการ ในการนำแผนการสอนอย่างมีแบบแผนมาใช้ในการสอนผู้ป่วยทางศัลยกรรมกระดูก เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้และมีเจตคติที่ดีต่อการผ่าตัด มีความรู้ในการปฏิบัติตัวตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง สม่ำเสมอ และดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป

นิยามตัวแปร

การสอนอย่างแบบแผน หมายถึง การจัดกิจกรรมการสอนที่มีจุดมุ่งหมาย และมีเนื้อหาเกี่ยวกับสภาพสิ่งแวดล้อม บุคลากร เครื่องมือ เครื่องใช้ในห้องผ่าตัด ความรู้เกี่ยวกับโรคและ การทำผ่าตัดนอสังขะป ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด กิจกรรมการสอนประกอบด้วยการสอนเป็นรายบุคคล มีสื่อการสอนประกอบด้วยภาพพลิก คู่มือ ประกอบการทบทวนแจ้งหลังการสอน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

การรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัด หมายถึง ความรู้สึก ความคาดหวัง ความคิดเห็นของผู้ป่วยระดับทุุกขาหัก เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ในกระบวนการผ่าตัดตั้งแต่ก่อนผ่าตัดใน ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ซึ่งครอบคลุมเกี่ยวกับความรู้สึกพึงพอใจหรือทุกข์ทรมาน ความรู้สึกวิตกกังวล และความรู้สึกถึงปัจจัยซึ่งจะก่อให้เกิดความพึงพอใจในประสบการณ์การผ่าตัดครั้งนี้ โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว หมายถึง ความจำ ความเข้าใจเกี่ยวกับปฏิบัติตัวก่อนไปห้องผ่าตัดในเรื่องของการไอ การหายใจ การออกกำลังกาย ขณะอยู่ในห้องผ่าตัดในเรื่อง การแต่งกาย ท่านอนขณะได้รับยาสลบ การหายใจ การไอ สายยางต่าง ๆ และการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัด ในเรื่องของกิจกรรมต่าง ๆ ตามแผนการรักษาพยาบาล การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย การพักผ่อน การดูแลแผลผ่าตัด ตลอดจนการมาตรวจรักษาตามนัด โดยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยมีสาระสำคัญ เรียงลำดับดังนี้คือแนวคิดเกี่ยวกับการสอน การรับรู้ และการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยกระดูกขาหัก ดังมีรายละเอียดดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับการสอน

การสอนผู้ป่วยจัดได้ว่าเป็นงานที่สำคัญงานหนึ่งของพยาบาลซึ่งสามารถกระทำได้โดยอิสระ และจะต้องกระทำให้สำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ การให้ข้อเท็จจริงและรายละเอียดเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล ตลอดจนให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวตั้งแต่อยู่โรงพยาบาลจนกระทั่งภายหลังกลับบ้านของผู้ป่วยนั้นถือเป็นความรับผิดชอบที่พยาบาลต้องปฏิบัติ ทั้งนี้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพกลับสู่สภาวะปกติได้เร็วขึ้น

มีนักวิชาการหลายคนได้กล่าวถึงความหมายของการสอนไว้นอสรุปได้ว่า การสอนคือ กระบวนการถ่ายทอดเนื้อหาความรู้ทักษะเจตคติต่าง ๆ เป็นการจัดสถานการณ์หรือกิจกรรมเพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนได้เกิดประสบการณ์เกิดการเรียนรู้ สามารถคิดเป็นทำเป็นและแก้ปัญหาได้อย่างฉลาด เกิดความเจริญงอกงามในด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและสติปัญญา รวมทั้งความสามารถอื่น ๆ ที่นำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในชีวิตประจำวันได้หรือผู้เรียนพัฒนาความสามารถที่มีอยู่เดิมให้เกิดนฤติกรรมที่มุ่งหวัง (Fattu 1960: 7; Gage 1963: 96; Good 1973: 588; Wiles 1975: 10; มานี ชูไทย 2521: 65)

จุดมุ่งหมายของการสอน

บลูมและคณะ(Bloom, et al. 1971: 9) ได้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของจุดมุ่งหมายของการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในตัวผู้เรียนไว้ 3 ประการคือ

1. ความรู้(Cognitive Domain)พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับความรู้การระลึกได้หรือการจำได้รวมทั้งข้อเท็จจริงต่างๆและการพัฒนาความสามารถด้านสติปัญญา มีวิจรณ์ญาณเพื่อการตัดสินใจ พฤติกรรมด้านนี้ประกอบไปด้วยความสามารถระดับต่าง ๆ ซึ่งเริ่มต้นจากการรับรู้ใน

ระดับง่าย ๆ และเพิ่มความสามารถในด้านการคิดและสติปัญญาขึ้นไปจนสามารถสรุปวิเคราะห์เป็นหลักการเกิดความคิดสร้างสรรค์และการแก้ปัญหาได้ในเรื่องต่าง ๆ

2. เจตคติ (Affective Domain) จุดประสงค์นี้เน้นพฤติกรรมที่เกี่ยวกับความรู้สึก อารมณ์ ท่าที ความชอบ ไม่ชอบ ค่านิยม การพัฒนาความซาบซึ้งที่จะปลูกฝังให้เกิดในตัวผู้เรียน และการประเมินค่า หรือการปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ พฤติกรรมด้านนี้ยากแก่การอธิบายและสังเกตเพราะเกิดขึ้นภายในจิตใจของแต่ละบุคคล พฤติกรรมด้านนี้เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องปลูกฝังให้เกิดขึ้นเมื่อจัดกิจกรรมการสอน แม้จะต้องใช้เวลาสำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

3. ทักษะหรือการปฏิบัติ (Psycho-motor Domain) พฤติกรรมด้านนี้มุ่งเน้นการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความสามารถ และความชำนาญเฉพาะอย่าง เป็นการบ่งชี้การแสดงออกของพฤติกรรมขั้นสุดท้าย

การสอนผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่ช่วยเหลือบุคคล ให้เรียนรู้และสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่างให้เหมาะสมในการดำรงชีวิต โดยการให้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาลได้ถูกต้อง และช่วยให้พวกเขาสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข จุดประสงค์ในการสอนผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเผชิญกับภาวะเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วยได้ ตลอดจนช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลลง ยอมรับสภาพความเจ็บป่วยและยอมปรับบทบาทใหม่ขณะอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ให้เหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วยฟื้นฟูสภาพให้หายได้เร็ว ลดความพิการและป้องกันโรคแทรกซ้อน ตลอดจนการสอนยังมุ่งให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ เห็นความสำคัญของตนเอง สามารถกลับไปทำงานและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข (ฟาริตา อิบราฮิม 2525: 209; Smith 1989: 584-586)

ในการสอนผู้ป่วยนั้นมีการสอนชนิดที่มีแบบแผนและไม่มีแบบแผน การสอนอย่างไม่มีแบบแผนถูกนำไปใช้บ่อยกว่า เนื่องจากเป็นการพูดคุยหรือตอบคำถามเมื่อผู้ป่วยสงสัยหรือซักถาม ส่วนการสอนอย่างมีแบบแผนนั้นมีการกำหนดขั้นตอนของการสอนไว้อย่างชัดเจน (Monteiro 1964: 27-28) จะพบว่ากระบวนการสอนที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ได้ดีจะต้องประกอบด้วย (Redman 1976: 24)

1. การประเมินปัญหา และความต้องการที่จะเรียนรู้ของผู้ป่วย
2. การประเมินความพร้อมที่จะเรียน
3. การวางแผนการสอน

4. การดำเนินการสอน

5. การประเมินผลการสอน

การเรียนรู้จะเกิดได้เมื่อผู้เรียนถูกกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ โดยเข้าใจเป้าหมายของการเรียนนั้น ๆ ผู้เรียนจะเรียนได้ดีที่สุดเมื่อเขามีความต้องการจะเรียน ผู้เรียนจะเข้าใจยิ่งขึ้นเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่เป็นจริง

ความต้องการและความสามารถของผู้เรียน มีความสำคัญต่อการสอน สุวัฒน์ นิยมคำ (2517: 17) กล่าวว่าในการสอนผู้ป่วย ผู้สอนจะต้องประเมินว่าผู้เรียนมีความรู้เดิมมากน้อยเพียงใด เพื่อจะได้จัดการสอนให้เหมาะสม ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการมีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพและโรคต่าง ๆ ภาวะทางร่างกายของผู้ป่วย อาการและความรุนแรงของโรค เป็นปัจจัยที่กำหนดว่าผู้ป่วยพร้อมที่จะเรียนหรือไม่ (Storlie, Wolf and Rambousek 1975: 23-26) นอกจากนี้ เมอร์เรย์ (Murray 1976: 2361) ได้เสนอว่า ในการวางแผนการสอน ผู้ป่วยควรจะต้องทราบความต้องการของผู้ป่วยว่าต้องการทราบเรื่องอะไรบ้าง ซึ่งชนินฐา นาคะ ได้ทำวิจัย ในเรื่องความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด จากการศึกษาที่ผ่านมารูปได้ว่า ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดหลายประการที่สำคัญคือ 1. โรคและการผ่าตัด ได้แก่ ชื่อโรค สาเหตุ อาการและอาการแสดง ชนิดของการผ่าตัด เหตุผลในการผ่าตัด วิธีการผ่าตัด วิธีระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ความรู้สึกขณะผ่าตัด การปฏิบัติตัวขณะอยู่ในห้องผ่าตัด ผลการผ่าตัด ความรู้สึกหลังผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด และระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด 2. การใช้ยา ได้แก่ ชนิดของยา เหตุผลในการใช้ยา ผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น 3. การฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ ระยะเวลาที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลหลังผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ในการฟื้นฟูสภาพจนสามารถทำงานได้ปกติ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และการพยากรณ์โรค 4. อื่น ๆ ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล กฎระเบียบของโรงพยาบาล ชื่อแพทย์ผู้ให้การดูแล และชื่อพยาบาลผู้ให้การดูแล (ชนินฐา นาคะ 2534: 20-21) ผลปรากฏว่าข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการมากอันดับหนึ่งคือหมวดการฟื้นฟูสภาพ เพราะเป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้วางแผนในการดำเนินชีวิตของตนเองล่วงหน้าได้ถูกต้อง (ชนินฐา นาคะ 2534: 44-45)

จอห์นสันพบว่า การได้รับข้อมูลที่ ไม่เหมาะสมทำให้ผู้ป่วยคาดหว้งเหตุการณ์เกินจริง และเกิดความ
 เครียด (Johnson 1973: 269) การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่า
 ตัด และหลังผ่าตัดรวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการให้การพยาบาล เพื่อเตรียมการผ่าตัดและสภาพแวดล้อม
 ของห้องผ่าตัดที่ผู้ป่วยต้องเผชิญสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความอบอุ่นใจ (Le.Maitre
 and Finnan 1975: 49-51) มีความมั่นใจที่จะเผชิญกับการผ่าตัด และสามารถปฏิบัติตัวได้
 อย่างถูกต้อง เป็นการช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและช่วยให้ร่างกายคืนสู่สภาพเดิมโดยเร็ว (Skipper
 and Leonard 1965: 61) ขณะที่นอนรอทำผ่าตัดในห้องรอผ่าตัดนั้น จะยิ่งเพิ่มความเครียด
 และความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น (เรณู อาจสาธิต และคณะ 2532: ค) การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่แปลก
 ใหม่ การแยกจากบุคคลใกล้ชิดต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยขาดการติดต่อ ขาดการรับรู้ และยังคงพบกับ
 เจ้าหน้าที่ แพทย์ พยาบาล ซึ่งสวมเสื้อผ้า สวมหมวก ผูกผ้าปิดปากปิดจมูกจะยิ่งทำให้ผู้ป่วยมี
 ความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น (ทัศนยา บุญทอง 2531: 1372) ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นอาจทำให้ผู้
 ป่วยแสดงความรู้สึกนึกคิดและพฤติกรรมออกมาในลักษณะต่างๆกันจนกลายเป็นปัญหาและอุปสรรคต่อ
 การผ่าตัดได้ ซึ่งความวิตกกังวลของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดจะคงอยู่จนถึงในระยะผ่าตัด และมี
 ผลกระทบต่อการตอบสนองทางสรีรวิทยา ในระยะภายหลังผ่าตัดด้วย (กันยา ออประเสริฐ 2530:
 48) โดยมีผลต่อการเพิ่มการกระตุ้นการตอบสนองของต่อมไร้ท่อ และเป็นผลให้ร่างกายฟื้นคืนสู่
 สภาพปกติที่ช้ายาวนานออกไป (Mc.Cleane, et al 1990: 158) เกิดการเปลี่ยนแปลงการตอบ
 สนองต่อชาสลบ เช่น ทนต่อการใช้ยาสลบ หรือต้องเพิ่มจำนวนและปริมาณการใช้ยาสลบมากขึ้น
 (Williams, et al. 1972 cited in Biley, 1989: 576) และภายหลังการผ่าตัดแล้ว
 ยังต้องให้ยาระงับปวดเพิ่มขึ้นด้วย (Hayward 1975 cited in Biley 1989: 576) สิ่งที่จะ
 ช่วยลดความวิตกกังวล ความเครียด อีกทั้งเป็นการให้ข้อมูลข่าวสารในเรื่องของความต้องการ
 ข้อมูลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่พยาบาลสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ก็คือ
 การให้ผู้ป่วยได้มีการรับรู้ถึงเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในสิ่งแวดล้อมซึ่งผู้ป่วยไม่เคย
 พบเคยเห็นมาก่อนคือ ห้องผ่าตัด และสภาพแวดล้อมทั่วไป ตลอดจนข้อมูลต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นขณะได้
 รับการผ่าตัด ดังนั้นถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ดีในเรื่องของการผ่าตัดจะช่วยลดความวิตกกังวล และส่งผล
 ให้เกิดการเรียนรู้ที่ดีต่อไปภายหลังผ่าตัด เพราะการรับรู้มีความสำคัญต่อการเรียนรู้ ถ้าไม่มีการรับ
 รู้ การเรียนรู้จะเกิดขึ้นไม่ได้เลย และการรับรู้อยู่มีความสำคัญต่อเจตคติ อารมณ์ และแนวโน้มของ
 พฤติกรรมตามมาในที่สุดด้วย (กันยา สุวรรณแสง 2532: 150) ธรรมชาติทั่ว ๆ ไปของการเรียนรู้

รู้ การเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง ซึ่งจะมีปฏิกิริยาเกิดขึ้นระหว่างผู้เรียนและสิ่งที่จะเรียน การเรียนรู้จะเริ่มจากสิ่งที่ไม่รู้ไปสู่สิ่งที่รู้ จากรูปธรรมไปสู่นามธรรม และจากสิ่งที่ง่ายไปสู่ที่ยาก เรื่องที่จะสอนไม่ควรง่ายหรือยากเกินไป สำหรับผู้เรียนควรพิจารณาให้เหมาะสมกับความสามารถ และวุฒิภาวะของผู้เรียน เนื้อหาของเรื่องที่จะสอนความรู้ที่จะให้แก่ผู้เรียนจะต้องเข้าใจง่าย ใช้ภาษาที่นิยมกันในท้องถิ่นและไม่ยาวจนเกินไป เพราะจะทำให้ผู้เรียนเกิดความเบื่อหน่าย ที่สำคัญ เป็นการเสียเวลาในการปฏิบัติภารกิจประจำวัน

สภาพแวดล้อม ได้แก่ แสง เสียง ความร้อน การระบายอากาศ สมาชิกผู้ร่วมเรียนอาจเป็นปัจจัยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ได้

อุปกรณ์การสอน เป็นองค์ประกอบที่ทำให้ผู้เรียนเกิดความสนใจ เกิดการเรียนรู้ได้รวดเร็วขึ้น ประหยัดเวลาและต้นทุนแรงงานในการสอนได้มาก ฉะนั้นผู้สอนจะต้องคำนึงถึงอุปกรณ์การสอนที่เหมาะสมกับวุฒิภาวะ ความสามารถของผู้เรียน และความเหมาะสมกับเรื่องที่จะสอน

เวลา ผู้สอนจะต้องพิจารณาเวลาที่เหมาะสมว่าผู้เรียนสามารถเรียนได้โดยไม่เสียเวลาของกิจกรรมอื่น และเวลาที่ใช้สอนไม่ควรนานเกินไป

วิธีการสอน มีวิธีการสอนมากมายซึ่งแต่ละวิธีก็เหมาะสมสำหรับแต่ละบุคคล หรือกลุ่มเรื่องที่จะสอน เนื้อหา เวลา และสถานการณ์ ผู้สอนจะต้องพิจารณาให้เหมาะสมและได้ประโยชน์มากที่สุดเพื่อการเรียนรู้ การสอนอย่างมีแบบแผน จำเป็นต้องนำเอากระบวนการทางการศึกษามาใช้ ซึ่งวิธีการสอนทุกวิธีนั้นมีทั้งข้อดีและข้อเสีย ฉะนั้นการที่จะเลือกใช้วิธีการสอนแบบใดนั้นขึ้นอยู่กับความเหมาะสมขององค์ประกอบต่าง ๆ คือ จุดมุ่งหมายของการสอน เนื้อหาที่จะสอน ความต้องการของผู้เรียน ความรู้ความสามารถและความถนัดของผู้สอน วัสดุอุปกรณ์ ตลอดจนเวลาและสถานที่ที่จะใช้สอน (สุนทรี ภาณุทัต และคณะ 2524: 12)

วิธีการที่นำมาใช้ในการสอนผู้ปวยที่นิยมใช้มีอยู่ 2 วิธีคือ

1. การสอนเป็นรายบุคคล เป็นวิธีที่นิยมนำมาใช้ในการสอนผู้ปวยมากวิธีหนึ่ง เพราะวิธีนี้มีผลดีคือ

1.1 ผู้สอนได้ทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับปัญหา ความต้องการของผู้ปวยแต่ละราย ฉะนั้นการให้ความรู้จะตรงกับความต้องการของผู้ปวยมากที่สุด

1.2 ผู้ปวยสามารถมองเห็นปัญหาของตนเองได้ชัดเจน สามารถแก้ไขปัญหาเองได้ ในกรณีที่ผู้ปวยยังไม่เข้าใจปัญหาของตนเอง หรือแก้ปัญหาเองไม่ได้

1.3 สามารถประเมินผลการเรียนรู้ของผู้ป่วยได้ทันที หากวิธีการสอนยังไม่เหมาะสมก็สามารถเปลี่ยนวิธีการได้

1.4 ทำให้ทราบว่า ควรจะให้ความสนใจแก่ผู้ป่วยแต่ละคนมากน้อยเพียงใด และในแง่ไหนบ้าง

1.5 เป็นการสร้างสัมพันธไมตรีที่ดีต่อกันระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้สอน และผู้ป่วยให้มีความรู้สึกเป็นกันเอง ผู้ป่วยกล้าที่จะปรึกษาปัญหาส่วนตัว ผู้สอนมีโอกาสทราบถึงปัญหา ข้อสงสัย ความไม่พอใจ ฯลฯ ของผู้ป่วยที่มีต่อเจ้าหน้าที่ และบริการของโรงพยาบาล

จะเห็นว่าการสอนเป็นรายบุคคลเป็นการสอนที่สนองต่อความสนใจ ความสามารถและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน โดยยึดหลักความแตกต่างระหว่างบุคคลในด้านความสามารถ สถิติปัญหา ความสนใจ ความต้องการ สภาวะร่างกาย อารมณ์ สังคม ดังเช่นเพ็ญศรี สุโรจน์ และคณะ (2524:2) ได้ศึกษาบทบาทของพยาบาลสาธารณสุขและประสิทธิภาพในการชักจูงให้ประชาชนมารับบริการวางแผนครอบครัว โดยให้พยาบาลสาธารณสุขเป็นผู้สอนขณะเยี่ยมบ้าน ผลการศึกษาพบว่า การสอนเป็นรายบุคคลได้ผลดีกว่าการสอนเป็นกลุ่ม แครบเชอร์ (Crabtree 1978: 11-16) ได้ศึกษาและวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายและผลที่ได้จากการสอน โดยเปรียบเทียบระหว่างการสอนก่อนผ่าตัดเป็นกลุ่มกับรายบุคคล พบว่า การสอนรายกลุ่มเสียค่าใช้จ่ายสูงกว่าแบบรายบุคคล

2. การสอนเป็นกลุ่ม

ตามหลักของการสอนผู้ใหญ่ที่เป็นผู้ใหญ่ จะต้องให้ผู้เรียนลงมือปฏิบัติกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง จะต้องให้การเรียนรู้เป็นประสบการณ์ที่เต็มไปด้วยชีวิตชีวา เข้าใจ ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนการสอน การเรียนรู้จึงจะเป็นประสบการณ์ที่มีคุณค่า และมีความหมายต่อตัวผู้เรียนมากขึ้น ถ้าผู้เรียนเข้ามามีบทบาทหรือมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ในฐานะสมาชิกคนหนึ่งของกลุ่ม (Group Participation) เมื่อผู้เรียนมีส่วนร่วมในกลุ่มจะเกิดความรู้สึก และอารมณ์ต่าง ๆ เกี่ยวกับสิ่งที่ตนมีส่วนร่วมกระทำด้วยอย่างแท้จริง ซึ่งจะช่วยให้ผู้เรียนสามารถจดจำเนื้อหาวิชา หรือแนวความคิดที่ได้จากการเข้าร่วมกลุ่มได้อย่างดีด้วย (ทัศนยา แหมมณี และคณะ 25: 229) โยวาท (Boward อ่างใน กัณษา อึ้งไพบลูย์ 2525: 22) ได้กล่าวว่า การเรียนโดยยึดกลุ่มเป็นจุดศูนย์กลาง (Group Centered Class) จะทำให้ผู้เรียนรู้สึกอบอุ่นใจ เพราะมีการสื่อสารทางวาจา ที่ช่วยให้ผู้เรียนไม่รู้สึกลิดเต็ย

ความสำคัญของการให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม มีดังนี้

- 2.1 ทำให้เกิดการเรียนรู้จากการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์ระหว่างบุคคลในกลุ่ม
- 2.2 กลุ่มสามารถกระตุ้นให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้ ความรู้ แนวคิดและการปฏิบัติตัวได้
- 2.3 ทำให้เกิดทักษะในการใช้ความคิด การสะท้อนความคิดเห็นโดยการอภิปรายในการประชุมกลุ่ม
- 2.4 สามารถสร้างเจตคติเกี่ยวกับการยอมรับความคิดของผู้อื่นให้เกิดขึ้นแก่บุคคลในกลุ่ม

ดังนั้นในการสอนผู้ป่วยกระดูกขาหัก ซึ่งต้องนอนนักรักษาตัวอยู่บนเตียงเพื่อดึงถ่วงน้ำหนักไว้ (Skeletal traction) ก่อนผ่าตัดตลอดเวลา ไม่สามารถลุกเดินไปไหนมาไหนได้ตามปกติ ผู้วิจัยจึงได้นำวิธีการสอนเป็นรายบุคคลมาใช้ โดยคำนึงถึงความแตกต่างกันของแต่ละบุคคล ทำให้ทราบความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคนด้วย จะได้ช่วยแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตน ช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นในขณะที่ผ่าตัด และการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาได้ถูกต้องและสม่ำเสมอ นอกจากนี้การสอนเป็นรายบุคคลก็ไม่ต้องเสียเวลารอผู้อื่นด้วย ในระยะเวลาสั้น ๆ ยังช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายอีกด้วย แต่ระยะยาวอาจจะเป็นการสิ้นเปลืองโดยเฉพาะเวลาที่จะให้ความรู้แก่ผู้ป่วยให้ทั่วถึง ดังนั้นในการนำเอาสื่อการสอนมาช่วยในการสอนแบบรายบุคคลจึงช่วยแก้ปัญหาด้านนี้ได้ ผู้เรียนจะเกิดการเรียนรู้ได้ดีจะต้องอาศัยสื่อการสอนที่เหมาะสม (ไชยยศ เรืองสุวรรณ 2526: 137)

ในการสอนหรือให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเป็นการถ่ายทอดความรู้ ความคิดหรือประสบการณ์ด้วยการใช้ภาษาซึ่งเป็นนามธรรม (Abstract) มองไม่เห็น แต่ถ้าสามารถถ่ายทอดให้เป็นรูปธรรม (Concrete) ก็จะทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจได้ดียิ่งขึ้น (มานี ชูไทย 2521: 78) การนำสื่อการสอนมาประกอบในการให้ความรู้ จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้เข้าใจสิ่งที่เป็นนามธรรมจากการที่สามารถถ่ายทอดออกมาเป็นรูปธรรมได้ดียิ่งขึ้น ทั้งนี้เพราะผู้เรียนได้อาศัยอินทรีย์ทั้งห้า คือ จมูก ลิ้น กาย หู และตา ช่วยในการรับรู้ความรู้ กล่าวคือ ผู้เรียนสามารถรับความรู้จากการสัมผัสด้วยลิ้น 3% จากการสัมผัสด้วยมือ 6% จากการฟังด้วยหู 13% และการดูด้วยตา 75% (วิจิตร ภักดิ์รัตน์ 2523: 18) ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ทางด้าน การเรียนรู้

ให้มากที่สุด จึงควรจัดให้ผู้เรียนสามารถรับความรู้โดยผ่านสื่อประสาทหลายทาง น่าจะได้ผลดีกว่า การรับความรู้ที่ผ่านสื่อประสาททางเดียว

สื่อการสอนแต่ละชนิดจะมีจุดประสงค์ในการใช้ต่างกัน และวิธีการใช้ก็ต่างกันด้วย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเรื่องที่สอน ผู้สอน ผู้เรียน เวลา สถานที่ และสถานการณ์ที่แตกต่างกันไป สื่อการสอนมีประโยชน์ดังนี้คือ

1. ช่วยให้การเรียนรู้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ในด้านที่เกี่ยวกับการเข้าใจเนื้อหา ได้แจ่มแจ้งในระยะเวลาสั้น ทำให้มีความรู้กว้าง และเกิดการเรียนรู้ที่คงทน
2. ทำให้ผู้เรียนเกิดประสบการณ์ร่วมกัน มีความรู้และความเข้าใจในเนื้อหาเดียวกัน เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือความรู้ ความเข้าใจระหว่างกัน ทำให้สามารถเข้าใจในบทเรียนได้ชัดเจนยิ่งขึ้น เช่นเดียวกับคนดูภาพยนตร์เรื่องเดียวกันย่อมเกิดความรู้สึกสนุกสนาน หรือ โศกเศร้าไปตามบทบาทของตัวละครเหมือน ๆ กัน
3. ทำให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนการสอน เนื่องมาจากการใช้ภาพ หรือวัตถุตัวอย่างในการประกอบการสอน ย่อมทำให้ผู้เรียนสนใจ มีความเข้าใจ และอยากเรียนรู่มากขึ้น ทำให้เกิดการซักถามและตอบปัญหา ซึ่งเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน และยังทำให้บรรยากาศการเรียนการสอนเป็นกันเองมากขึ้น
4. สร้างเสริมความคิดสร้างสรรค์ให้กับผู้เรียน นั่นคือ การที่ผู้เรียนได้เห็นภาพหรือของจริงประกอบการสอน ทำให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจ และติดตามได้รวดเร็ว ก่อให้เกิดแนวความคิดใหม่ ๆ มากขึ้น
5. สร้างเสริมลักษณะนิสัยที่ดีในการศึกษา ค้นคว้าหาความรู้ เช่น การที่ผู้เรียนเคยได้รับประโยชน์จากความรู้ ซึ่งได้รับจากการอ่านเอกสาร ใบปลิวหรือภาพโฆษณา ทำให้ผู้เรียนเกิดความสนใจ และพยายามที่จะค้นคว้า ศึกษามากยิ่งขึ้น เพื่อประโยชน์แก่ตนเองและครอบครัว
6. ช่วยให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้เรียนไปในทางที่ปรารถนาได้ ในเมื่อผู้เรียนได้รับความรู้ และมีความเข้าใจดี ย่อมเกิดทัศนคติที่ดีต่อสิ่งที่ได้รับรู้ และพร้อมที่จะปฏิบัติตามนั่นเอง
7. ช่วยให้ผู้เรียนเกิดความสนุกสนาน ไม่เบื่อหน่าย และมีความสนใจในบทเรียนยิ่งขึ้น เนื่องจากผู้เรียนได้รับการกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ โดยผ่านสัมผัสหลายแบบ ซึ่งสามารถดึงดูดความสนใจของผู้เรียนได้มากกว่าการเรียนรู้ที่ผ่านสัมผัสทางเดียว (เช่นที่มหาวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย 2523: 4)

สื่อการสอนที่ผู้วิจัยนำมาใช้ประกอบการสอนอย่างมีแบบแผน เพื่อให้ผู้ช่วยกระตือรือร้นเกิดการรับรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด และความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด มีดังนี้คือ

ก. ภาพพลิก (Flip chart)

ภาพพลิก หรือภาพชุด หรือสมุดภาพ คือ ภาพหลาย ๆ ภาพที่ประกอบเป็นเรื่องสั้น ๆ และเขียนเป็นเรื่องเป็นชุด เรียงลำดับภาพตามเนื้อเรื่องที่สอน เหมาะสำหรับนำติดตัวไปสอนในที่ต่าง ๆ การสอนทำได้โดยการพลิกภาพไปด้านหลังที่ละภาพ แล้วอธิบาย

ข้อดีของภาพพลิก (จินตนา สรายุทธพิทักษ์ 2534: 50)

1. ใช้ง่าย สะดวก ไม่ต้องใช้ไฟฟ้า
2. ทำให้ผู้ฟังมีความเข้าใจ จดจำเนื้อหาได้ และถ้ามีการอธิบายที่ชัดเจนจะทำให้สามารถเข้าใจได้มากขึ้น
3. ผู้สอนสามารถลำดับเรื่องได้ง่ายและสามารถเลือกเน้นตอนสำคัญ ๆ ได้ในระหว่างการสอนอาจจะมีคำถามได้
4. สะดวกในการนำติดตัวผู้สอน อีกทั้งมีประโยชน์ในการจูงใจและเป็นแนวทางในการพูดและอธิบายด้วย
5. ไม่ต้องการสิ่งอำนวยความสะดวก หรืออุปกรณ์ประกอบอื่น ๆ เนื่องจากภาพพลิกเป็นอุปกรณ์ที่มีความสมบูรณ์ในตัว นำไปใช้สอนได้ทันที ไม่ต้องมีเครื่องฉาย หรือจอ เหมือนการใช้สไลด์

ส่วนภาพพลิกที่ผู้วิจัยนำมาใช้ประกอบการสอนในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแผ่นภาพขนาด 16x18 นิ้ว ภาพพลิกแต่ละแผ่นจะประกอบด้วยรูปภาพสีขนาด 4x6 นิ้ว เป็นสภานแวตล้อมในห้องผ่าตัด อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ช่วย การแต่งกายของบุคลากรในห้องผ่าตัด และมีคำบรรยายสั้น ๆ ประกอบภาพ มีแท่นยึดตรงกลางไม่ให้พับเข้าหากันเมื่อตั้ง ใช้เป็นอุปกรณ์ในการประกอบการสอน โดยการพลิกภาพไปด้านหลังที่ละภาพ แล้วอธิบายประกอบ การนำภาพพลิกมาประกอบการสอนผู้ช่วยกระตือรือร้นมีจุดประสงค์ให้ผู้ช่วยกระตือรือร้นสภานแวตล้อมใหม่ที่ต่างไปจากหอผู้ป่วย ตลอดจนกระทั่งการแต่งกายของบุคลากรต่าง ๆ ที่ผู้ช่วยจะได้พบ เครื่องมือเครื่องใช้บางชนิดที่เกี่ยวข้องกับผู้ช่วย ทำอันในขณะได้รับทราบความรู้สึก

ทางซ้ายหลัง เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการสัมผัสจากการดูภาพลึกลับด้วยตาเพิ่มจากการฟังการสอนด้วยหูเพียงอย่างเดียว ซึ่งจะทำให้เกิดความรู้สึกความเข้าใจต่อการผ่าตัดดีขึ้น

ข. คู่มือการปฏิบัติตน

นอกจากการใช้สื่อการสอนดังกล่าวประกอบการสอนแล้ว การสร้างคู่มือการปฏิบัติตนเพื่อให้ผู้รับคำแนะนำอ่านทบทวนข้อมูลที่ได้รับไปแล้วก็เป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งการให้เอกสารหรือสิ่งพิมพ์แก่ผู้ป่วยเพื่อทบทวนนี้ เป็นสิ่งจำเป็นในการสอนลูกศรศึกษาแก่ผู้ป่วย คือ มีเนื้อหาที่ผู้ป่วยควรจะทราบ เหมาะสมกับความสามารถของผู้ป่วย (Ann 1985: 802-804) ทั้งนี้เอกสารหรือสิ่งพิมพ์ที่ใช้ต้องเลือกสรรแล้วว่ามีความเหมาะสมกับผู้ป่วยคือ มีเนื้อหาที่ผู้ป่วยควรจะทราบเหมาะสมกับความสามารถของผู้ป่วยที่จะเรียนรู้และเข้าใจ ในสถานการณ์ปัจจุบันเอกสารที่แจกตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ส่วนใหญ่อยู่ในรูปของแผ่นพับ ซึ่งมีแต่ตัวหนังสือ หรือมีภาพประกอบเพียงเล็กน้อย จึงไม่สามารถสร้างความสนใจแก่ผู้ป่วยเห็นและไม่ชวนให้ติดตาม ฉะนั้นถ้าได้มีการดัดแปลงเอกสารโดยให้มีภาพประกอบตัวหนังสือในเอกสารอย่างเหมาะสม จะช่วยทำให้เอกสารนั้นมีคุณค่าอ่านมากขึ้น เพราะภาพนั้นสามารถเล่าเรื่องจากตัวของมันเองได้เป็นส่วนมาก

ภาพมีอยู่หลายประเภท แต่ภาพซึ่งเข้ามามีอิทธิพลต่อบุคคลในปัจจุบันอย่างมากคือ ภาพการ์ตูน เนื่องจากหนังสือการ์ตูนเป็นสื่อที่มีแนวโน้มจะนำไปใช้แพร่หลายมากยิ่งขึ้น (นิพนธ์ ศุภปริติ 2518: 44) และเป็นอีกรูปแบบหนึ่งของหนังสืออ่านที่เป็นสากล ซึ่งผู้อ่านในยุคนี้ได้สัมผัสอยู่เป็นประจำ ความสนใจในการอ่านการ์ตูนจะเป็นทางเชื่อมโยงสู่ความสนใจในการอ่านหนังสืออื่น ๆ (กระทรวงศึกษาธิการ 2510: 216) นักจิตวิทยาและนักการศึกษาลงความเห็นว่า ภาพการ์ตูนมีคุณค่าในการศึกษาอย่างไม่มีเงื่อนไขใด ๆ ทั้งสิ้น เพราะการ์ตูนมีคุณสมบัติที่จะช่วยดึงดูดและสร้างความสนใจของผู้อ่านได้อย่างเห็นได้ชัด ความสะดุดตาของการ์ตูนจะทำให้ผู้อ่านการ์ตูนมีความกระตือรือร้นไม่เบื่อหน่าย และจากผลการวิจัยต่าง ๆ พบว่า หนังสือการ์ตูนช่วยให้ผู้เรียนเรียนได้ดีกว่าหนังสือธรรมดาที่มีแต่ตัวหนังสือหรือบทเรียนที่มีภาพการ์ตูนประกอบ (Somes; ประสงค์ สุรสิทธิ์ อ่างใน นวลอนงค์ บุญฤทธิพงษ์ 2530 : 33) และการสอนด้วยการ์ตูนดีกว่าการสอนแบบบรรยาย (กรีชา วงศ์นาม ; นิพนธ์นิมล ศรีทิพย์ ; ธวัช กงเติม; อ่างใน นวลอนงค์ บุญฤทธิพงษ์ 2530: 30) นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่า การเรียนจากภาพการ์ตูนให้ผลสัมฤทธิ์สูงกว่าการเรียนจากภาพถ่ายตามความเป็นจริง (सानิตย์ ภาษาผาด 2517: 29-33) และการใช้ภาพการ์ตูนเป็นสื่อในการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัดยังมีผลต่อความจำที่จะนำเอาข้อปฏิบัติตนต่าง ๆ มาใช้เพื่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายภายหลังการ

ผ่าตัดอวัยวะ (Parfitt 1990: 114-120)

ประโยชน์ของหนังสือการ์ตูน

การ์ตูนมีประโยชน์ต่อการเรียนรู้ในหลายลักษณะ เช่นเดียวกับสื่อการสอนอื่น ๆ กล่าวคือ การ์ตูนมีประโยชน์พอสรุปได้ดังนี้

1. การ์ตูนเป็นสิ่งที่ดึงดูดความสนใจกระตุ้นให้อ่าน การ์ตูนสามารถใช้แสดงกิจกรรม ท่าทาง และอารมณ์ของสิ่งที่กล่าวถึง ประกอบการให้ความรู้ ทำให้อ่านไม่เบื่อเหมือนการอ่านตัวหนังสือเพียงอย่างเดียว

2. การ์ตูนช่วยทำให้ผู้อ่านสนใจเนื้อหามากขึ้น การ์ตูนทำให้เนื้อหามีชีวิตชีวา ได้รับความสนใจของผู้อ่าน จึงทำให้ผู้อ่านเกิดความสนใจที่จะติดตามเนื้อหาอยู่ตลอดเวลา

3. การ์ตูนช่วยทำให้ผู้อ่านเกิดความเข้าใจง่ายขึ้น การ์ตูนสามารถสรุปประเด็นปัญหาหรือความคิดหลักของผู้เขียนให้เข้าใจได้ง่าย และจำได้นาน คนที่ไม่มีเวลาพออาจจะดูการ์ตูนแทนการอ่านตัวหนังสือได้ เพราะการ์ตูนเป็นภาพง่าย ๆ

4. การ์ตูนช่วยให้ผู้อ่านอ่านอย่างสนุกสนาน เพราะการ์ตูนมีลักษณะเฉพาะของตัวเองที่สำคัญคือ ให้อารมณ์ขันแก่ผู้ดู

5. ส่งเสริมให้ผู้อ่านเกิดความคิดสร้างสรรค์ด้วยการวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับเรื่องราวที่อ่าน

6. การ์ตูนใช้เป็นสื่อให้ความรู้เป็นรายบุคคลได้ดี

ดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น หนังสือการ์ตูน เป็นสื่อที่มีความสำคัญต่อการให้คำแนะนำ เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้อย่างดี จึงน่าจะนำหนังสือการ์ตูนมาเป็นสื่อในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยกระดูกขาหัก เพื่อให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เพื่อจะได้นำไปปฏิบัติได้เป็นอย่างดี และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยตั้งแต่ 15-45 ปี ซึ่งการ์ตูนสามารถสร้างความสนใจได้ดีขึ้น ดังนั้นการดัดแปลงเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยกระดูกขาหักตั้งแต่ก่อนได้รับการผ่าตัด ขณะได้รับการผ่าตัด และภายหลังการผ่าตัด ให้มีภาพการ์ตูนประกอบคำบรรยายน่าจะสามารถใช้เป็นสื่อการสอนแก่ผู้ป่วยได้ดีพอ ๆ กับการใช้อุปกรณ์อื่น ๆ ที่หายาก และมีราคาแพง อีกทั้งผู้ป่วยสามารถพกติดตัวไปอ่านได้ทุกสถานที่ และทุกเวลาอีกด้วย

การสอนผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ มีความรู้ความเข้าใจได้ดี สามารถนำไปปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องต่อไปนั้น ควรจัดให้มีการสอนอย่างมีแบบแผน กำหนดขั้นตอน

ของการสอนไว้อย่างชัดเจน สอนในเรื่องที่ผู้ปวยต้องการทราบ และสิ่งที่จะต้องเผชิญต่อไปภายหน้า เนื้อหาที่สอนต้องเหมาะสมกับความสามารถ และวุฒิภาวะของผู้ปวย เนื้อหาต้องเข้าใจง่าย สดภาพ แวดล้อมต้องเหมาะสม และในผู้ปวยกระตือรือร้นกับการสอนเป็นรายบุคคลจะเหมาะสมมากกว่า การสอนเป็นกลุ่ม เพราะผู้ปวยส่วนใหญ่ไม่สามารถลุกไปไหนมาไหนได้สะดวก อีกทั้งการใช้สื่อช่วยสอน เช่น ภาพพลิก และการแจกคู่มือให้ผู้ปวยร่วมกับการสอนจะเป็นการส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ มีความรู้และความเข้าใจได้ดียิ่งขึ้นด้วย

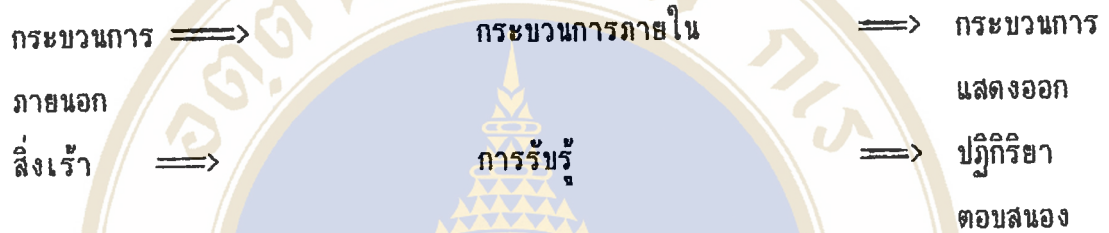
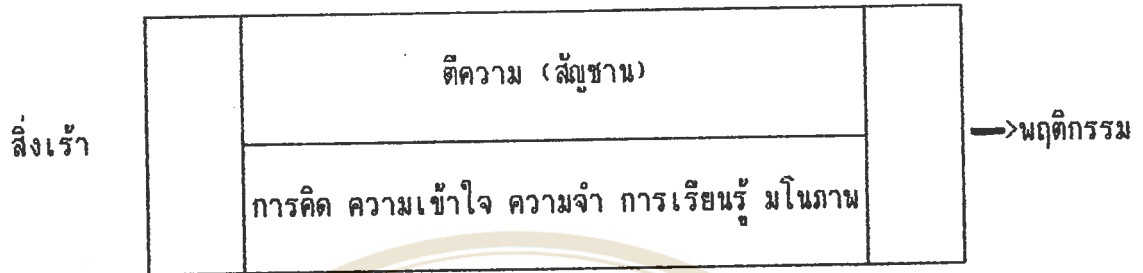
แนวคิดของการรับรู้และการรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัด

การรับรู้ (Perception)

จากความหมายของการรับรู้ทั้งหมดที่นักจิตวิทยาและนักการศึกษาหลายท่านกล่าวไว้ พอสรุปได้ว่าการรับรู้เป็นกระบวนการทางความคิดและจิตใจของมนุษย์ที่แสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจต่อสิ่งเร้าที่ผ่านเข้ามาทางประสาทสัมผัส โดยการตีความหรือแปลความหมายของสมอง ซึ่งจะต้องอาศัยความจำ ประสบการณ์ และความรู้เดิมเป็นเครื่องช่วย (Bertley 1972: 22-23; Garrison & Magoon 1972: 637; New Webster's Dictionary 1975: 1100; Arthur, et al. 1976: 199; Mischal & Mischal 1980: 98; Lindgren & Harvey 1981: 292; Kozier, et al. 1991: 1172; เดโช สนวนานนท์ 2518: 29; จำเนียร ช่วงโชติ และคณะ 2519: 2-3; มาลี สนิทเกษตริน 2519: 179; ประพันธ์ สุทธาวาส 2525: 63; สุชา จันทรเอม 2531: 119)

กระบวนการเกิดการรับรู้

กระบวนการเกิดการรับรู้ เริ่มจากการมีสิ่งเร้ามากระตุ้นประสาทสัมผัส เช่น ตา หู จมูก ฯลฯ เซลรับสัมผัสจะทำหน้าที่แปลงพลังงานสิ่งเร้าเป็นกระแสประสาท ส่งต่อไปยังสมอง ทำให้บุคคลได้ยิน ได้เห็น สมองจะตีความจากการรู้สึกที่สิ่งเร้า นั้นคืออะไร และมีการสั่งให้ร่างกายตอบสนองต่อสิ่งเร้า นั้น ๆ เขียนเป็นแผนภูมิแสดงกระบวนการรับรู้ได้ดังนี้คือ



แผนภูมิที่ 2 กระบวนการของการรับรู้ (Process of perception)
(กันยา สุวรรณแสง 2532: 129)

กระบวนการรับรู้สามารถแยกออกได้เป็น 2 ตอน กล่าวคือ ขั้นการรู้สึก และขั้นของการตีความ ขั้นการรู้สึกเป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากกระทบระบบประสาทสัมผัสของร่างกาย เปรียบเสมือนปฏิกิริยาตอบสนองของกลไกที่คอยจับสภาพการเคลื่อนไหว การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมที่อยู่ภายในและภายนอกร่างกาย การรู้สึกนี้เป็นกระบวนการรับข่าวสารเพื่อตีความต่อไป จึงนับเป็นพื้นฐานของการรับรู้ ส่วนการตีความนั้นต้องอาศัยประสบการณ์หรือการเรียนรู้จากอดีต จึงจะเกิดการจำหรือรู้ได้ (recognition) ว่าสิ่งที่รู้สึกนั้นคืออะไร การตีความจนทำให้เกิดรู้ได้ เป็นขั้นที่ทำให้การรับรู้เกิดขึ้นอย่างสมบูรณ์ (สิทธิโชค วรรณสันติกุล 2524: 59; ชัยพร วัชชาวุธ 2533: 190) ได้อธิบายเพิ่มเติมในรายละเอียดของกระบวนการรับรู้ โดยกล่าวว่า การรับรู้ประกอบไปด้วยขั้นตอนต่าง ๆ 3 ขั้นคือ

1. การเลือก (Selection) เป็นกระบวนการเลือกเพื่อที่จะรับรู้สิ่งเร้าบางอย่างจากสิ่งเร้าทั้งหมดที่เกิดขึ้นในเวลาเดียวกัน
2. การจัดระบบ (Organization) เป็นการแยกสิ่งเร้าที่เลือกออกมาเป็นสิ่งที่สนใจ และมุ่งความสนใจไปยังส่วนนั้นเป็นพิเศษ แล้วจัดสิ่งเร้านั้นให้อยู่ในรูปที่ง่ายมากขึ้น ตัดสิ่งที่ไม่

เป็นรายละเอียดที่ซับซ้อนและลึกลับกันไป

3. การแปลความ (Interpretation) เป็นขั้นสุดท้ายในกระบวนการรับรู้ ขั้นนี้บุคคลจะอาศัยคุณสมบัติที่มีอยู่ในตัว เช่น ประสบการณ์ ความต้องการ ค่านิยม ฯลฯ ช่วยในการพิจารณาสิ่งเร้าจากภายนอก เพื่อผสมผสานกับคุณสมบัติภายใน ดังนั้นการแปลความจึงขึ้นอยู่กับอัตวิสัย (Subjective) ของผู้รับสิ่งเร้า

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้

การรับรู้ของบุคคลต่อเรื่องราว เหตุการณ์ และสภาวะแวดล้อมต่าง ๆ จะขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ หลายประการได้แก่ (ชม ภูมิภาค 2523: 60-63; จำเนียร ช่วงโชติ 2526: 177)

1. ลักษณะ ชนิด หรือขนาด ที่แตกต่างกันของสิ่งเร้า ซึ่งจะทำให้การรับรู้ของบุคคลแตกต่างกัน เช่น สิ่งเร้าที่มีขนาดใหญ่ หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ จะกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ได้ดี และรวดเร็ว

2. ปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้รับรู้ ซึ่งมีทั้งปัจจัยทางด้านกายภาพ และปัจจัยทางด้านจิตวิทยา ได้แก่

2.1 ความรู้เดิม กระบวนการรับรู้ นั้น นอกเหนือจากการรับสัมผัสแล้วก็ยังมีการแปลเป็นสัญลักษณ์ในขั้นนี้ด้วย อาศัยความรู้เดิมที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่บุคคลจะรับรู้หากบุคคลใดมีความรู้เดิมเกี่ยวข้องกับสิ่งนั้นมาก ๆ ก็จะสามารถแปลความหมายได้ถูกต้องมาก

2.2 ความต้องการ ความต้องการนั้นเป็นเครื่องกำหนดว่าบุคคลจะรับรู้อย่างไร ความต้องการนี้หากมีมากและเกิดความเครียดมากก็มักจะทำให้เกิดการรับรู้ผิด

2.3 เจตคติ เจตคติมีอยู่จะเป็นเครื่องเลือกรับสิ่งเร้าหรือเลือกแนวตามสิ่งเร้า เช่น สมมติว่าเรามีเจตคติที่ไม่ดีต่อคน ๆ หนึ่งแล้วแม้ว่าเขาจะประพฤติปฏิบัติต่อเราดี เราก็มักจะมองไม่เห็นลักษณะการกระทำนั้นในทางดี อาจจะมีมองไปในทางตรงกันข้ามก็ได้

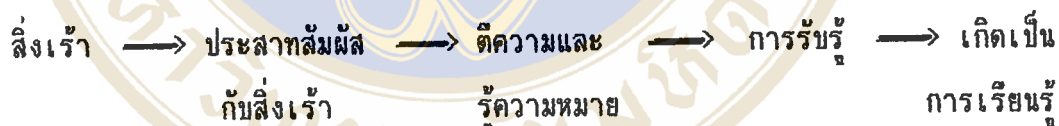
2.4 ภาวะของอารมณ์ เมื่อคนเราอารมณ์ดีมีความสบายใจ มักจะไม่พิจารณารายละเอียดของสิ่งเร้ามากนัก มักจะมองไม่เห็นข้อบกพร่อง มองเห็นสิ่งนั้นดีไปหมด แต่หากเราอยู่ในอารมณ์ไม่ดีก็มักจะมองเห็นสิ่งต่าง ๆ ไม่น่าสนใจไปหมด หรือหากว่ามีอารมณ์เสียมาก ๆ อาจจะไม่มีรับรู้อะไรเลย หรือรับรู้ผิดคนละคนมาก นักสรีรวิทยากล่าวว่า เมื่อคนเกิดอารมณ์เครียดมากกล้ามเนื้อและประสาทจะมีความต้านทานสูง กระวนกระวาย ทำให้เกิดการรับรู้ไม่ได้

2.5 ลักษณะทางวัฒนธรรม มีหลักของการรับรู้อยู่อย่างหนึ่งว่า สิ่งต่าง ๆ จะมีคุณสมบัติของส่วนใหญ่มักมีอยู่ร่วมกับ จารีตประเพณีหรือค่านิยมต่าง ๆ ในสังคมจะเป็นเครื่องกำหนด การรับรู้ของเรา เช่น การแสดงความรักในที่สาธารณะ คนไทยเห็นว่าเป็นของไม่ค่อยจะน่าดู แต่วัฒนธรรมของชาวตะวันตกเห็นเป็นของธรรมดา ที่เป็นเช่นนี้เพราะวัฒนธรรมไทยเราไม่นิยม แสดงความรักในที่สาธารณะ นั่นคือ คนเรามีกรอบแห่งการอ้างอิง (Frame of Reference) ต่างกัน กรอบแห่งการอ้างอิงนั้นเรานำมาเป็นเครื่องวัดสิ่งต่าง ๆ ที่เราพบเห็น เพื่อพิจารณา ตัดสินคุณภาพของสิ่งนั้นว่าเป็นอย่างไร

ความสำคัญของการรับรู้

การรับรู้ที่ถูกต้อง เป็นพื้นฐานสำคัญยิ่งของการเรียนรู้ เพราะการที่คนเราจะมี ความคิด ความรู้ ความเข้าใจและเจตคติที่ดีนั้นจะต้องเริ่มจากการมีการรับรู้ที่ดีเสียก่อน (กันยา สุวรรณแสง 2532: 150) ได้สรุปความสำคัญของการรับรู้ไว้ดังนี้

1) การรับรู้มีความสำคัญต่อการเรียนรู้ การรับรู้ทำให้เกิดการเรียนรู้ ถ้าไม่มีการรับรู้ การเรียนรู้ก็เกิดขึ้นไม่ได้ สิ่งเกิดได้จากกระบวนการดังนี้



ในทำนองเดียวกัน การเรียนรู้ก็มีผลต่อการรับรู้ครั้งใหม่ เนื่องจากความรู้ความจำเดิม จะช่วยแปลความหมายให้ทราบว่าคืออะไร

2) การรับรู้ มีความสำคัญต่อเจตคติ อารมณ์ และแนวโน้มของพฤติกรรม เมื่อรับรู้แล้ว ย่อมเกิดความรู้สึก และมีอารมณ์พัฒนามาเป็นเจตคติ แล้วพฤติกรรมก็ตามมาในที่สุด

นอกจากนั้นแล้ว การรับรู้และการแปลความหมายของสิ่งเร้ายังขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น ๆ อีก ได้แก่ ความนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง ประสบการณ์ในอดีต กรรมพันธุ์ทางด้านชีวภาพ ภูมิหลังทางการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจสังคม (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล 2528: 377) ความสนใจ ความคาดหวัง การเห็นคุณค่า และความพร้อม (กันยา สุวรรณแสง 2532: 135-137)

การรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การผ่าตัด

การรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การผ่าตัดหมายถึง ความรู้สึก ความคาดหวัง ความคิดเห็นของผู้ป่วยกระดูกขาหัก ที่เกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองในกระบวนการผ่าตัดเมอร์เซอร์ (Mercer อ้างในจรธรา ห่อแก้ว 1434: 58) พบว่า การรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัดในทางที่ดีช่วยลดความวิตกกังวล และลดภาวะซึมเศร้าได้ ในระยะหลังคลอด ในมารดาที่มีบุตรคนแรกที่มีอายุ 21-34 ปี แต่ถ้ามารดาไม่มีการรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัดในทางที่ดี มีตั้งแต่ความไม่สมหวังจนกระทั่งเกิดภาวะซึมเศร้าภายหลังการผ่าตัด มีองค์ประกอบหลายประการที่เป็นสาเหตุของความยุ่งยาก ในการปรับตัวต่อความต้องการผ่าตัด ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นในผู้ป่วยกระดูกขาหักก็เช่นเดียวกัน ถ้ามีการรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัดที่ไม่ดี ย่อมทำให้เกิดความวิตกกังวล ความหวาดกลัว มีเจตคติที่ไม่ดีต่อการผ่าตัด ซึ่งสิ่งเหล่านี้ย่อมส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด ระยะเวลาสำหรับการพักฟื้น และผลกระทบทางจิตใจได้ แต่ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงประสบการณ์การผ่าตัดที่ดีแล้ว ก็จะเกิดการเรียนรู้ที่มีความรู้ความเข้าใจ มีเจตคติที่ดีต่อการผ่าตัด อันจะส่งผลให้เกิดการปฏิบัติตัวที่ดีต่อไปภายหลังผ่าตัด ทำให้ฟื้นคืนสู่สภาวะปกติได้เร็วขึ้นตามไปด้วย

จากการศึกษาของ แกรแฮม และคอนลีย์ (Graham and Conley 1970: 235-38) และงานวิจัยของเนตรทราย สุขยิ่ง และมณฑิรา ดนัยพรรณ (2514: ก-ข) พบว่า ผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดมีความเครียดและหวาดกลัว เรื่องการผ่าตัดเป็นส่วนมาก ได้แก่ กลัวตาย กลัวการผิดพลาดจากการผ่าตัด และกลัวความพิการ

รามเซย์ (Ramsay 1972: 397) ได้ศึกษาวิจัยถึงความรู้สึกกลัวของผู้ป่วย ก่อนผ่าตัด 24 ชั่วโมง โดยการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 382 คน เป็นผู้ป่วยชาย 163 คน ผู้ป่วยหญิง 199 คน ร้อยละ 73 ของผู้ป่วย กลัวการผ่าตัด ร้อยละ 62 กลัวการดมยาสลบ

ฟอร์เซทท์ (Fawcett 1981 อ้างในกัญจณี นิลิยะ 2530: 4) ได้ทำการศึกษาถึงความต้องการของมารดาผ่าตัดคลอด พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอด ทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด รวมทั้งความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดด้วย แม้แต่ผู้ป่วยที่ผ่าตัดคลอดซ้ำก็มีความต้องการข้อมูลเช่นกัน และเมื่อได้รับข้อมูลดังกล่าว พบว่ามีเจตคติที่ดีต่อการผ่าตัดคลอด (Zax & Sameroff 1975 อ้างในกัญจณี นิลิยะ 2530: 4) รวมทั้งอยากเข้าไปมีส่วนร่วมในการเตรียมตัวเพื่อการผ่าตัดคลอดมากขึ้นด้วย (Hart 1980 อ้างใน กัญจณี นิลิยะ, 2530: 4)

ในผู้ป่วยกระดูกขาหักซึ่งไม่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน เมื่อรู้ตัวว่าจะต้องได้รับการผ่าตัดแล้ว ย่อมจะทำให้บุคคลนั้นเกิดความวิตกกังวลและเกิดความหวาดกลัว เพราะมนุษย์ทุกคนไม่ว่าจะเป็นเพศหญิงหรือเพศชายเมื่อต้องเผชิญกับสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ใหม่ ๆ ที่คุกคามต่อความปลอดภัยหรือความมั่นคงในการดำรงชีวิต ย่อมทำให้บุคคลนั้นตกอยู่ในภาวะของความหวาดกลัวและวิตกกังวลได้ทั้งสิ้น (เรณู อางสาลี และคณะ 2532: 10) ดังนั้นบทบาทของพยาบาลที่จะช่วยลดความหวาดกลัว และความวิตกกังวลให้แก่ผู้ป่วย เกิดความเชื่อมั่น และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลทำให้การรักษาพยาบาลบรรลุเป้าหมายตามที่ได้ตั้งไว้ (Skipper and Leonard 1965: 61) อีกทั้งช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ มีเจตคติต่อการผ่าตัด ด้วยการให้ข้อมูลต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับในขบวนการผ่าตัดต่าง ๆ ซึ่งประกอบด้วย

1. การเตรียมตัวก่อนผ่าตัดทั่ว ๆ ไป เช่น การงดน้ำงดอาหาร การทำความสะอาดร่างกายและการทำความสะอาดผิวหนังเฉพาะที่ การบริหารการหายใจ (breathing exercise) การไอที่ถูกต้อง (effective cough)
2. สภาพแวดล้อมภายในห้องผ่าตัดที่ผู้ป่วยจะต้องประสบในวันผ่าตัด
 - 2.1 การแต่งกายของบุคลากรภายในตึกผ่าตัด คือ บุคลากรจะสวมชุดของตึกผ่าตัด จะสวมหมวก ผูกผ้าปิดจมูกและปากตลอดเวลา เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคขณะผ่าตัด
 - 2.2 สถานที่สำหรับให้ผู้ป่วยนอนรอผ่าตัด อาจจะเป็นห้องรอผ่าตัดหรือหน้าห้องผ่าตัด เมื่อทีมผ่าตัดพร้อมเจ้าหน้าที่จะย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ขณะที่นอนรอผ่าตัดผู้ป่วยสามารถที่จะขอความช่วยเหลือจากบุคลากรในตึกผ่าตัดได้ตลอดเวลา เมื่อผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ
 - 2.3 สภาพภายในห้องผ่าตัดที่ประกอบด้วยเตียงผ่าตัด อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ที่ใช้ในการผ่าตัด และการให้ยาระงับความรู้สึก อุดหนุนภายในห้องผ่าตัด
 - 2.4 สถานที่สำหรับให้ญาตินั่งคอยในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องผ่าตัด และญาติสามารถสอบถามข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้ป่วยได้จากเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดได้ตลอดเวลา
3. สิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องประสบในระหว่างผ่าตัด
 - 3.1 ขั้นตอนการให้ยาระงับความรู้สึก
 - 3.1.1 การให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย วิสัญญีแพทย์จะให้ยานำสลบเข้าทางหลอดเลือดดำ เมื่อผู้ป่วยหมดความรู้สึกจะใส่ท่อหลอดลมคอ (endotracheal tube)

สำหรับให้ก๊าซที่ทำให้ผู้ป่วยหมดความรู้สึกตลอดเวลาที่ทำผ่าตัด และเมื่อทำผ่าตัดเสร็จเรียบร้อยแล้ว วิสัญญีแพทย์จะเอาสิ่งเหล่านี้ออก และผู้ป่วยจะรู้สึกตัวทันทีหลังผ่าตัด

3.1.2 การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องเหนือดูรา (epidural block) หรือทางช่องน้ำไขสันหลัง (spinal block) ผู้ป่วยต้องนอนตะแคงงอเข้าทั้งสองข้างชิดอกให้มากที่สุด (งอตัวเหมือนกิ้ง) โดยใช้มือสองข้างรวบใต้เข้าและก้มหน้าโค้งหลังเต็มที่ เพื่อให้กระดูกสันหลังแยกจากกัน วิสัญญีแพทย์จะฉีดยาชาเข้าไประหว่างช่องกระดูกสันหลัง ขณะฉีดยาผู้ป่วยต้องนอนนิ่ง ๆ ภายหลังให้ยาชาผู้ป่วยจะรู้สึกตัวตลอดเวลา แต่จะไม่มีความรู้สึกเจ็บปวดขณะผ่าตัด ยาชาจะค่อย ๆ หมดฤทธิ์ไปเองหลังผ่าตัด

3.2 ท่าที่ใช้ในการผ่าตัด (surgical position) ขึ้นอยู่กับการทำผ่าตัดของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น อาจนอนหงาย หรือนอนตะแคงกึ่งคว่ำ

3.3 ขั้นตอนการผ่าตัด และระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด ควรให้ข้อมูลคร่าว ๆ ตามความเหมาะสมของผู้ป่วย

4. สภาวะผู้ป่วยภายหลังผ่าตัด

4.1 ตำแหน่งของแผลผ่าตัด การมีสายยางระบายต่อออกมาจากแผลผ่าตัด หรือบริเวณใกล้เคียง เพื่อระบายเลือดหรือน้ำเหลืองที่คั่งอยู่ในแผลผ่าตัด ห้ามผู้ป่วยดึงสายยางออก

4.2 การอยู่ในห้องพักฟื้นหลังผ่าตัด จะมีเจ้าหน้าที่พยาบาลให้การดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดตลอดเวลา จนกว่าอาการผู้ป่วยจะปลอดภัย และรู้สึกตัวดี จึงจะย้ายกลับหอผู้ป่วย โดยทั่วไปจะอยู่ในห้องนี้ประมาณ 1- 1 1/2 ชั่วโมง ในขณะที่อยู่ในห้องนี้ผู้ป่วยมีความไม่สุขสบายหรือต้องการสิ่งใดให้แจ้งกับพยาบาลประจำห้องได้ตลอดเวลา

4.3 อาการปวดแผลหลังผ่าตัด ถ้าผู้ป่วยปวดบาดแผลมากหลังผ่าตัด ให้แจ้งกับพยาบาลเพื่อขอยาระงับปวดได้ทั้งในขณะที่อยู่ในห้องพักฟื้น และที่หอผู้ป่วย นอกจากการใช้ยาระงับปวดแล้วยังมีวิธีบรรเทาความเจ็บปวดได้เช่น การเปลี่ยนท่านอน การทำจิตใจให้สบาย หรือการหาสิ่งเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การพูดคุยกับผู้ป่วยข้างเตียง การอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ ฯลฯ

สำหรับแนวทางการประเมินการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การผ่าตัดนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยดัดแปลงมาจากเครื่องมือของอัฟฟอนโซ และสติชเลอร์ (Clark & Affonso 1979: 718-722; Affonso & Stichler 1980: 468-470) และของจรรยา หน่อแก้ว (จรรยา

หน้าแก้ว 2535: 60-61) ซึ่งมีแนวทางในการประเมินการรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัด ดังนี้ คือ

1. ความรู้สึกและการรับรู้ต่อกระบวนการผ่าตัดครั้งนี้ว่าเป็นที่พึงพอใจหรือทุกข์ทรมานอย่างไร
 - 1.1 ผู้ป่วยเข้าใจถึงจุดประสงค์ของการผ่าตัดครั้งนี้หรือไม่
 - 1.2 ผู้ป่วยมีเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งคุกคามต่อการผ่าตัดครั้งนี้มากเท่าไร
 - 1.3 ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในกระบวนการผ่าตัดหรือไม่
 - 1.4 ผู้ป่วยคิดว่าจะมีสิ่งใดบ้างที่จะทำให้เกิดความไม่สุขสบาย
2. ความวิตกกังวลของผู้ป่วย เกี่ยวกับสภาพของตนเองในกระบวนการผ่าตัดครั้งนี้เป็นอย่างไร
 - 2.1 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของตนเอง
 - 2.2 ความหวาดกลัวต่อการผ่าตัด
 - 2.3 ความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
 - 2.4 สถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับความไม่สุขสบายหรือไม่
3. ความรู้สึกถึงปัจจัยซึ่งก่อให้เกิดความพึงพอใจในประสบการณ์การผ่าตัดครั้งนี้
 - 3.1 ผู้ป่วยหวังว่าจะได้รับความช่วยเหลือจากแพทย์และ/หรือ พยาบาลในกระบวนการผ่าตัดอย่างไร
 - 3.2 ผู้ป่วยมีความต้องการหรือความปรารถนาเป็นพิเศษอย่างไร
 - 3.3 โอกาสของผู้ป่วยในการพูดคุยเกี่ยวกับประสบการณ์การผ่าตัด

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับกระดุกขาหักและการรักษา

กระดุกหักเป็นปัญหาสำคัญที่สุดของระบบกระดูกและข้อ จากความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ทำให้อัตราการเกิดอุบัติเหตุเพิ่มมากขึ้น จำนวนหรือปัญหาผู้ป่วยกระดุกหักก็มีมากขึ้น การให้การรักษานายาบาลที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย และการที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้อย่างถูกต้องจะช่วยทำให้กระดูกติดเร็วขึ้น ไม่มีโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้นภายหลัง ตลอดจนทำให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพปกติได้เร็วขึ้น

คำว่ากระดุกหัก หมายถึงการที่กระดูกขาออกจากกันด้วยเหตุหนึ่งเหตุใดก็ตาม อันเกิดจากอุบัติเหตุหรือไม่ใช่อุบัติเหตุ ซึ่งการหักอาจจะเป็นการหักหลุดออกจากกัน (Complete

fracture) และการหักที่ยังมีบางส่วนติดอยู่ ยังอยู่ในปลอกเยื่อหุ้มกระดูก (Incomplete fracture) หรืออาจแบ่งการหักของกระดูกเป็นชนิดที่ไม่มีการฉีกขาดของบริเวณผิวหนัง (Close fracture) และที่มีการฉีกขาดของผิวหนังและเนื้อเยื่อ (Open fracture) (ประดิษฐ์ คักดีศรี 2527: 3-6)

การรักษากระดูกหักที่มีจุดประสงค์ไม่ใช่เพียงแต่ให้กระดูกติดเท่านั้น แต่เพื่อให้มีรูปร่างและทำหน้าที่ได้เหมือนปกติหรือใกล้เคียงปกติให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ตลอดจนต้องป้องกันความพิการ การรักษาขึ้นกับปัจจัยหลายประการ แต่การเลือกรักษาด้วยวิธีผ่าตัดจะทำให้ผู้ป่วยสามารถลงจากเตียงและเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้ภายหลังการผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ดีกว่า การผ่าตัดส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยได้รับคือ การจัดกระดูกให้เข้าที่และใช้โลหะยึดตรึงไว้ (Open reduction and internal fixation) ประเภทของโลหะที่ใช้ในการผ่าตัดจะแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

1. แขนโลหะใส่ในโพรงกระดูก (Intramedullary nail) ซึ่งมีลักษณะเป็นแท่งมีความยาวและเส้นผ่าศูนย์กลางขนาดต่าง ๆ กัน แล้วแต่ขนาดโพรงกระดูกและความยาวของกระดูกในผู้ป่วยแต่ละราย แพทย์จะผ่าตัดใส่แกนโลหะดังกล่าวเข้าไปในโพรงกระดูกอีกที่หนึ่ง เนื่องจากในกระดูกของคนเราจะมีโพรงกระดูกอยู่ข้างใน โดยลักษณะที่แคบเฉพาะส่วนกลางของกระดูกและคอสี่ ๆ ขานออกเมื่อถึงปลายของกระดูกทั้ง 2 ข้าง จึงนิยมใช้โลหะในลักษณะแท่งแบบนี้ในผู้ป่วยที่มีกระดูกหักในส่วนกลาง ๆ เท่านั้น ซึ่งจะช่วยยึดกระดูกให้อยู่กับที่ได้โดยอาศัยความแน่นตัวระหว่างแกนโลหะกับโพรงกระดูก

2. แผ่นโลหะ (Plate) และตะปูเกลียว (Screw) จะมีลักษณะเป็นแผ่นโลหะซึ่งมีรูที่จะใส่ตะปูเกลียวผ่านเข้าไป โดยแพทย์จะจัดกระดูกที่หักให้เข้าที่ และใช้โลหะดังกล่าววางอยู่ด้านนอกของผิวกระดูกให้ทอดผ่านทั้ง 2 ส่วนของกระดูกที่หัก จากนั้นก็เจาะกระดูกผ่านรูโลหะให้ทะลุผิวกระดูกทั้ง 2 ด้าน แล้วจึงนำตะปูเกลียวไขผ่านรูโลหะและผ่านไปยึดกระดูกอีกที่หนึ่งทั้ง 2 ด้าน อุปกรณ์ดังกล่าวนี้สามารถใช้ได้โดยไม่มี ความเกี่ยวข้องกับขนาดของโพรงกระดูก เพราะโลหะดังกล่าวจะวางอยู่ที่ด้านนอกของกระดูก การเลือกใช้อุปกรณ์จะขึ้นอยู่กับลักษณะและตำแหน่งของกระดูกที่หักซึ่งแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาตามความเหมาะสม โดยอาศัยหลักที่ว่าเมื่อใส่เข้าไปแล้วจะมีความแข็งแรงพอที่ผู้ป่วยจะไม่ต้องใส่เฝือก และสามารถมีการเคลื่อนไหวอวัยวะส่วนนั้นได้ โดยที่กระดูกที่หักจะไม่เคลื่อนออกจากกัน (สุทร ขวรัตน์เวช 2532: 1-6)

ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยกระดูกขาหัก

การสอน หรือให้คำแนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกได้รับความรู้แล้วนำความรู้ไปปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัด เนื่องการฟื้นฟูสภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ ควรจะครอบคลุมในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้ คือ

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับกระดูกหักและการรักษาพยาบาล ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดจัดกระดูกให้เข้าที่ และใส่โลหะตามกระดูกไว้แล้ว เมื่ออาการหลังการผ่าตัดดีขึ้น อยู่ในระยะที่พ้นอันตรายแล้ว ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการฟื้นฟูสภาพของตนเองให้กลับสู่สภาพปกติ การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากในการที่จะทำให้การรักษาได้ผลดี ผู้ป่วยจำเป็นต้องเริ่มบริหารกล้ามเนื้อและเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล ผลสำเร็จของการรักษานั้นนอกจากจะทำให้กระดูกติดเหมือนเดิมแล้วยังทำให้สามารถใช้งานได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด (สุนทร บรรณรัตน์ เวช 2532: 6)

ปัญหาที่พบได้บ่อย ๆ คือ การที่ผู้ป่วยลงน้ำหนักก่อนกำหนด เพราะเห็นว่าไม่มีอาการเจ็บปวดอะไร ซึ่งทำให้โลหะที่ใส่ไว้ต้องรับแรงกดอย่างมากจนอาจงอหรือหักได้ และเป็นผลให้กระดูกไม่ติด ต้องกลับมาผ่าตัดใหม่ ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้ทุกส่วนของขาข้างที่ทำผ่าตัด แต่ยังไม่ลงน้ำหนักไม่ได้ จนกว่ากระดูกจะเริ่มติดซึ่งส่วนใหญ่จะกินเวลาประมาณ 2-3 เดือนหลังผ่าตัด โดยแพทย์จะเป็นผู้อนุญาตให้ลงน้ำหนักได้ ซึ่งในผู้ป่วยแต่ละรายจะไม่เหมือนกัน

ภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายที่เกิดกับระบบต่าง ๆ ได้แก่ เวียนศีรษะ แผลกดทับ ซึ่งมีสาเหตุจากการนอนหรือนั่งท่าเดิมนาน ๆ ปวดบวม เกิดจากการนอนนาน ๆ หายใจเบาตี้นมีเสมหะคั่งค้าง ปัสสาวะไม่ออก หรือเกิดก้อนนิ่วในไตได้ ซึ่งเกิดจากการดื่มน้ำน้อย การนอนท่าเดิมนาน ๆ ทำให้ปัสสาวะคั่งค้างตกตะกอน ข้อติดแข็ง เกิดจากการไม่มีการเคลื่อนไหวของข้อ กล้ามเนื้อลีบ เกิดจากกล้ามเนื้อไม่ทำงาน เท้าตก เกิดจากเอ็นกล้ามเนื้ออ่อนแอ กระดูกติดผิดท่า การติดของกระดูกผิดปกติ ทั้ง 3 ภาวะนี้เกิดจากมีการติดเชื้อหรือการขาดสารอาหารก็ได้

ภาวะแทรกซ้อนทางด้านจิตสังคม เนื่องจากอุบัติเหตุเป็นความวิบัติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้องอยู่ในสภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงรูปร่าง ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว และความพิการที่เกิดขึ้นหรือหลงเหลืออยู่ ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่น บทบาทหน้าที่เปลี่ยนแปลงไป สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวล หวาดกลัว โกรธ คุนค่าในตัวเองลดลง รู้สึกอับอาย เป็นปมด้อย ซึมเศร้า และผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ รายได้ลดลงในขณะที่ต้อง

เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น อาจมีผลต่อเศรษฐกิจของครอบครัว และมีผลต่อความสัมพันธ์ภายในครอบครัวอีกด้วย

ภายหลังการผ่าตัดทั้งการใส่แกนโลหะในโพรงกระดูกและการยึดตรึงด้วยแผ่นโลหะและตะปูเกลียวแล้ว การให้เริ่มบริหารกล้ามเนื้อของแขน และขาควรเริ่มได้ในวันรุ่งขึ้น เพื่อเป็นการกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต ป้องกันการฝ่อลีบของกล้ามเนื้อ ตลอดจนป้องกันการแยกของตำแหน่งกระดูกหัก (Distraction) โดยในระยะแรก 7-10 วันหลังผ่าตัด ผู้ป่วยไม่ควรลงน้ำหนักขาที่บาดเจ็บ ควรเดินด้วยไม้ยันรักแร้ก่อน และเมื่อกระดูกเริ่มมีการพอกของแคลเซียม (Callus formation) ประมาณ 4-6 สัปดาห์ จึงเริ่มลงน้ำหนักขาข้างที่บาดเจ็บได้บ้าง (Partial weight bearing) และประมาณสัปดาห์ที่ 12 หลังผ่าตัดจึงจะให้ลงน้ำหนักขาข้างที่บาดเจ็บได้เต็มที่ (Full weight bearing) (Connolly 1981: 1477-1478; Mooney & Claudi 1984: 1386-1388; Sisk 1987: 1689-1690 อ้างใน ชมศรี แผ้วพลสง 2530: 12-13) ทั้งนี้การพิจารณาให้ลงน้ำหนักขาข้างที่บาดเจ็บได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ผู้ทำผ่าตัด โดยพิจารณาจากสภาพของผู้ป่วย อายุ ชนิดของกระดูกที่หัก ชนิดของโลหะที่ยึดไว้ในการทำผ่าตัดนั้น ๆ ตลอดจนภาพถ่ายรังสีพบว่ามีการพอกของกระดูก (Callus formation) (Connolly 1981: 1477-1478; Mooney & Claudi 1984: 1386-1388; Sisk 1987: 1689-1690 อ้างใน ชมศรี แผ้วพลสง 2530: 12-13)

2. การปฏิบัติตามแผนการดูแลรักษา เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อน ได้แก่

2.1 ความรู้เรื่องการใช้ยา การรับประทานยาให้ครบตามจำนวน และถูกวิธีตามแผนการรักษาของแพทย์ เมื่อเกิดอาการแพ้ยาควรรีบไปปรึกษาแพทย์ทันที

2.2 การดูแลแผลผ่าตัดให้แห้งและสะอาดอยู่เสมอ เพื่อป้องกันการอักเสบติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

2.3 การบริหารขาข้างที่ผ่าตัด เพื่อให้กล้ามเนื้อและข้อต่าง ๆ ได้ฟื้นฟูสภาพ ป้องกันความพิการและกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิตให้ดีขึ้น ตลอดจนการบริหารกล้ามเนื้อแขน กล้ามเนื้อขา และข้อต่างๆ ตั้งแต่ก่อนได้รับการผ่าตัด การจะลงน้ำหนักตัวบางส่วน หรือเต็มที่ของขาข้างที่ผ่าตัดได้เมื่อไหร่ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด โดยการเอ็กซเรย์ อยู่ในราวประมาณอาทิตย์ที่ 12-16 (ช่อชาติ สิริวัตถานันต์ 2530: 161 และ 210-211; สุทร ขวรวรรต-นเวช 2532: 6-7)

2.4 การใช้ไม้ค้ำยันช่วยเดินอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยจะได้รับอนุญาตให้เคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยการลงน้ำหนักขาข้างที่ผ่าตัดได้เต็มที่ก็ต่อเมื่อกระดูกติดกันดีแล้ว ผู้ป่วยไม่ควรลงน้ำหนักขาข้างที่ผ่าตัดก่อนที่แพทย์จะอนุญาต เพราะจะทำให้กระดูกติดไม่ดี หรือเครื่องยึดกระดูกอาจจะหลุดหรือหลวมได้ ฉะนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องใช้ไม้ค้ำยัน (Crutches) ช่วยในการเดิน เพื่อหลีกเลี่ยงการลงน้ำหนักขาข้างที่ผ่าตัดดังกล่าว (สทร บวรรัตน์เวช 2532: 6-7)

2.5 การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องไปพบแพทย์ ก่อนการนัดหมาย เมื่อพบความผิดปกติใด ๆ ตรงบริเวณที่กระดูกหัก เช่น ปวดมาก บวม แดง ร้อนบริเวณแผล หรือมีสิ่งขับหลั่งใด ๆ ที่ออกมาจากแผลผ่าตัด อาการชาที่ขา มีไข้ ควรรีบไปพบแพทย์ทันที โดยไม่ต้องรอจนกว่าจะถึงวันนัด

3. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ได้แก่

3.1 การรับประทานอาหาร และดื่มน้ำ ควรให้ร่างกายได้รับสารอาหารและน้ำเพียงพอ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อร่างกาย ได้แก่ อาหารพวกโปรตีน ผัก และผลไม้ โดยเฉพาะอาหารที่มีวิตามินซี และแคลเซียมสูง แต่การได้รับสารโปรตีนอย่างเพียงพอในอาหาร มีผลเพิ่มความแข็งแรงของกระดูกใหม่ชั่วคราวที่เกิดขึ้น ในขณะที่ความเพียงพอของเกลือแร่ในอาหารอาจมีสารเกี่ยวข้องไม่มากนัก อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะขาดสารอาหารทั้งสองประเภทก็ไม่ได้มีผลทำให้การเริ่มต้นก่อตัวของกระดูกใหม่ชั่วคราวหยุดชะงักลงได้ ทั้งนี้ยังเป็นการทดลองที่มีได้รับการยืนยันทางคลินิก (Einhorn et al. อ้างใน วิรุฬห์ เหล่าภัทรเกษม 2532: 205-206) ขณะเดียวกันผู้ป่วยควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว เพื่อป้องกันอาการท้องผูก การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะและการเกิดนิ่วขึ้นได้

3.2 การขับถ่าย ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกคือ ท้องผูก เนื่องจากขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีกากน้อยและดื่มน้ำน้อย ความจำกัดในการเคลื่อนไหว ทำให้เกิดอุปสรรคในการขับถ่าย ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรมีการปฏิบัติตน เพื่อให้มีการขับถ่ายอย่างสม่ำเสมอทุกวันตามปกติ

3.3 การพักผ่อนนอนหลับ ในระยะพักฟื้นร่างกายต้องการการพักผ่อนมากกว่าบุคคลปกติ เพื่อให้อวัยวะทุกส่วนได้พักผ่อนจากการทำงาน และซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ดังนั้นผู้ป่วยควรพักผ่อนนอนหลับให้ได้อย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง

3.4 การออกกำลังกาย ภายหลังจากผ่าตัดผู้ป่วยที่นอนนาน ๆ ไม่มีการเคลื่อนไหว

ไหวจะทำให้กล้ามเนื้อสูญเสียความตึงตัว ข้อติดแข็ง การออกกำลังกายจะป้องกันกล้ามเนื้อลีบและอ่อนเปื่อย ทำให้การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น และข้อต่าง ๆ ได้เคลื่อนไหว ตลอดจนยังมีผลทำให้ระบบย่อยอาหารดีขึ้น การขยับถ่ายเป็นไปตามปกติ และทำให้สดชื่นจิตใจสบายขึ้น ผู้ป่วยควรเริ่มต้นออกกำลังกาย โดยการเดิน ซึ่งปลอดภัยที่สุด และค่อย ๆ ทำไป เริ่มจากน้อยไปมาก ในสัปดาห์แรกที่กลับไปอยู่บ้านควรเดินให้ได้วันละ 10-15 นาที แล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้นเป็น 20-30 นาทีในสัปดาห์ที่ 2 โดยใช้ไม้ค้ำยันช่วยในการเดินเพื่อจะได้ไม่ลงน้ำหนักขาข้างที่ผ่าตัด ขณะเดียวกันผู้ป่วยควรจะได้รับรู้ถึงข้อจำกัดของตนเองในการประกอบอาชีพ หรือทำงานตามปกติ มีการละเว้นกิจกรรมที่ต้องใช้แรงขาข้างที่ผ่าตัด ควรระมัดระวังเวลาเดิน ไม่ควรเร่งรีบ และควรระวังอุบัติเหตุจากการลื่น หกล้ม เช่น ภายในห้องน้ำ ควรระวังเวลาเดินในที่ที่ไม่เรียบไม่สม่ำเสมอ (จรรยาพร อรนิษฐ์ 2526: 51)

ดังนั้นในผู้ป่วยกระดูกขาหักเหล่านี้จึงควรได้รับการบริหารกล้ามเนื้อของแขนและขา ตลอดจนมีการบริหารกล้ามเนื้อของแขน และส่วนอื่น ๆ ด้วยเพื่อให้ร่างกายพร้อมที่จะเดินด้วยไม้ค้ำยันต่อไปในระยะหลังผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยยังไม่สามารถลงน้ำหนักขาข้างที่บาดเจ็บได้ในระยะแรก พยาบาลในฐานะที่เป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด และอยู่กับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ควรได้สอนผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มแรกที่รับไว้ในโรงพยาบาลเลย ซึ่งในการสอนนั้นควรเน้นให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติตาม เพื่อให้ผู้ป่วยจะได้ให้ความร่วมมือและมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติมากขึ้น อีกทั้งพยาบาลควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ทำอย่างสม่ำเสมอ เป็นประจำ การบริหารควรจะทำเป็นค่อยเป็นค่อยไป ไม่ควรหักโหม แล้วจึงเพิ่มจำนวนการฝึกบริหารทีละน้อย ในการสอนผู้ป่วยนี้ ควรให้ผู้ป่วยเริ่มบริหารจากท่าที่ง่ายก่อนโดยการสอดปลายเท้าเข้าลิ้นชัก ฝอนลมหายใจออกช้า ๆ เพื่อเป็นการเตรียมพร้อมก่อนการบริหาร เวลาที่ใช้ในการบริหารนี้อาจทำในช่วงหลังตื่นนอน ก่อนอาหารกลางวัน เย็น ก่อนนอน หรือในขณะที่ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันก็ได้

3.5 การดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย ควรจะรักษาความสะอาดของแผลผ่าตัด ผิวหนังทั่วไป มือ เท้า และเสื้อผ้าที่สวมใส่ ตลอดจนถึงนอนและผ้าปูที่นอนอยู่เสมอ เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้นจากความสกปรก

3.6 การมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและสังคม ผู้ป่วยในระยะนี้จะสนใจกับการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะของตนเอง และความนิกรที่หลงเหลืออยู่ ทำให้เกิดความวิตกกังวล เกิดความไม่มั่นใจในการที่จะออกไปเผชิญกับโลกภายนอก ไม่มั่นใจในการดูแลตนเอง และบทบาท

ของตนเองในครอบครัวซึ่งอาจเปลี่ยนแปลงไป ฉะนั้นควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคมอย่างเหมาะสม โดยการพูดคุย เข้ากลุ่ม ร่วมทำกิจกรรมกับบุคคลในครอบครัว หรือเพื่อน ๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงของตนเองได้

พยาบาลจะให้ความรู้แก่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อนพยาบาลมีความรู้เพียงพอ มีทักษะในการติดต่อสื่อสาร และมีความพร้อมในการประเมินในด้านความต้องการข้อมูล หรือลักษณะของข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการ (Haferkorn 1971: 199-200; Close 1988: 206-210) การให้ข้อมูลที่เหมาะสมกับสถานการณ์และตรงกับความต้องการของผู้ป่วย โดยเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องวัตถุประสงค์ของการรักษา อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น สามารถช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยลงได้ (Tringali 1986: 65-69)

พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทในทีมสุขภาพและมีหน้าที่สำคัญในขบวนการฟื้นฟูสภาพ โดยทำหน้าที่สนับสนุนกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความหวังมีกำลังใจ เป็นผู้ประสานงานกับเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ในทีมสุขภาพกับผู้ป่วย ช่วยสนับสนุนการรักษาทั้งหมดที่เจ้าหน้าที่ในทีมปฏิบัติกับผู้ป่วย ฯลฯ แต่บทบาทที่สำคัญมากของพยาบาลในการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วย คือ การสอน แนะนำให้ความรู้ ซึ่งเป็นบทบาทที่สามารถกระทำได้โดยอิสระ ดังที่ เอนนิค (Hennis อ้างใน ขวัญตา ไม้หยงงาม 2533: 49) ได้กล่าวไว้ว่า พยาบาลเป็นกุญแจสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีการฟื้นฟูสภาพ โดยการสอน แนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ ทักษะที่ได้รับไปใช้ในการปฏิบัติตนเพื่อฟื้นฟูสภาพจากสุขภาพที่เบี่ยงเบนไปให้กลับคืนสู่ปกติเร็วขึ้น

ดังนั้นในฐานะของพยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีการฟื้นฟูสภาพให้กลับสู่ภาวะปกติ หรือใกล้เคียงปกติได้โดยเร็ว และปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง พยาบาลต้องสอน แนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้อง และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขต่อไป



ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลการสอนอย่างมีแบบแผน ต่อการรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัด และความรู้ในการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยกระดูกขาหัก

ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ป่วยกระดูกขาหัก ซึ่งแพทย์รับไว้รักษาในแผนก ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช ณ หอผู้ป่วยมหิตลบำเพ็ญ 1, หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 2, หอผู้ป่วยสลาภกีนแบ่งฯ 2, โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ณ หอผู้ป่วยอาคารคุ้มเกล้า ชั้น 5/1, 5/3, 5/4, โรงพยาบาลเลิดสิน ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย 1, ศัลยกรรมกระดูกชาย 2, ศัลยกรรมกระดูกหญิง, โรงพยาบาลวชิระ ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย และศัลยกรรมกระดูกหญิง เพื่อรับการผ่าตัดจัดกระดูกให้เข้าที่และใส่โลหะยึดไว้ภายใน ได้รับยาระงับความรู้สึกเฉพาะบริเวณ โดยไม่จำกัดเพศ ระยะเวลาในการรักษา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และฐานะทางเศรษฐกิจ

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 40 คน โดยมีคุณสมบัติดังนี้คือ

1. มีอายุระหว่าง 15-45 ปี
2. ไม่เคยได้รับการผ่าตัดใด ๆ มาก่อน
3. ไม่มีประวัติโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น โรคปอด โรคไต โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคจิต โรคประสาท กระดูกหักมากกว่า 1 แห่ง และขาดเจ็บหลายระบบ

การแบ่งกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติแล้ว ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มตัวอย่าง 20 คนแรกได้รับการจัดให้เป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาลประจำการ กลุ่มตัวอย่าง 20 คนต่อมา จัดให้เป็นกลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนจากผู้วิจัย กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีจับคู่ (Matched pairs) ให้มีคุณสมบัติเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุดในเรื่องต่อไปนี้

1. เพศ
2. อายุ ห่างกันไม่เกิน 5 ปี
3. การศึกษา อยู่ในระดับเดียวกัน คือ ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า มัธยมศึกษา และอุดมศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ประเภทคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่
 - 1.1 แผนการสอน เพื่อใช้ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยกระดูกขาหัก แผนการสอนฉบับนี้ประกอบด้วยเนื้อหาและสื่อการสอนดังนี้
 - ก. ภาพพลิก (Flip chart) ใช้เป็นอุปกรณ์ประกอบการสอน เนื้อหาที่แสดงในภาพพลิกประกอบด้วย วิธีการปฏิบัติตัวตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด รูปภาพสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด การแต่งกายของบุคลากรในห้องผ่าตัด อุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด และวิธีการบริหารกล้ามเนื้อและข้อต่าง ๆ ของแขนและขา
 - ข. คู่มือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ซึ่งมีภาพการ์ตูนลายเส้นขาว-ดำ มีคำบรรยายประกอบภาพ เพื่อใช้เป็นอุปกรณ์ประกอบการสอนและแจกให้กลุ่มตัวอย่างหลังการสอนเพื่อนำไปทบทวนด้วยตนเอง
 - ทั้งเนื้อหาและสื่อการสอนนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยศึกษาและรวบรวมเนื้อหาจากตำราวารสาร ผลงานวิจัย การสังเกตและการสัมภาษณ์ผู้ป่วย แล้วนำแผนการสอนที่จัดทำขึ้นไปตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งประกอบด้วย แพทย์ทางออร์โธปิดิกส์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางห้องผ่าตัด 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางออร์โธปิดิกส์ 1 ท่าน พยาบาลประจำการทางการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ 1 ท่าน และพยาบาลประจำการทางห้องผ่าตัด 1 ท่าน หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแล้ว ผู้วิจัยได้นำแผนการสอนไปปรับปรุงแก้ไขใหม่ตามข้อเสนอแนะที่ได้รับ
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 3 ส่วนคือ
 - 2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย ซึ่งรวบรวมจากการสัมภาษณ์และจาก

2.2 แบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัด จำนวน 22 ข้อ ซึ่งผู้วิจัย
สร้างเอง แบ่งเป็นคำถามที่ประเมินเกี่ยวกับ

ความรู้สึกและการรับรู้ต่อกระบวนการผ่าตัดครั้งนี้ว่าเป็นที่พึงพอใจ หรือทุกข์
ทรมานอย่างไร

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาพของตนเองในกระบวนการผ่าตัดครั้งนี้
ว่าเป็นอย่างไร

ความรู้สึกถึงปัจจัยซึ่งก่อให้เกิดความพึงพอใจในประสบการณ์การผ่าตัดครั้งนี้
ลักษณะคำตอบของคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับคือ

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น
ที่เกิดขึ้นกับท่านเลย (0%)

เห็นด้วยเล็กน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นที่
เกิดขึ้นกับท่านบ้างเล็กน้อย (25%)

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นที่
เกิดขึ้นกับท่านปานกลาง (50%)

เห็นด้วยมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นที่
เกิดขึ้นกับท่านเป็นส่วนใหญ่ (75%)

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นที่
เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุด (100%)

ผู้ตอบแบบสอบถามต้องเลือกตอบ 1 คำตอบเท่านั้น โดยใส่เครื่องหมาย √
ลงในช่องที่กำหนดให้ ตามความรู้สึก ความคิดเห็นของผู้ตอบมากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน เนื่องจากแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์
การผ่าตัดชุดนี้ เป็นแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วยข้อความที่มีลักษณะทางด้านบวก และทางด้านลบ
การให้คะแนนเป็นดังนี้

ข้อความทางด้านบวก จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ 1, 2, 6, 7, 8, 12, 15,
16, 21 และ 22 มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่เห็นด้วย ให้ 1 คะแนน

เห็นด้วยเล็กน้อย ให้ 2 คะแนน

เห็นด้วยปานกลาง ให้ 3 คะแนน

เห็นด้วยมาก ให้ 4 คะแนน

เห็นด้วยมากที่สุด ให้ 5 คะแนน

ข้อความทางด้านลบ จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ 3, 4, 5, 9, 10, 11, 13, 14, 17, 18, 19 และ 20 มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้คือ

ไม่เห็นด้วย ให้ 5 คะแนน

เห็นด้วยเล็กน้อย ให้ 4 คะแนน

เห็นด้วยปานกลาง ให้ 3 คะแนน

เห็นด้วยมาก ให้ 2 คะแนน

เห็นด้วยมากที่สุด ให้ 1 คะแนน

ดังนั้นคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การผ่าตัด เป็นคะแนนรวมจากแบบสอบถามทั้งหมด มีคะแนนอยู่ระหว่าง 22-110 คะแนน

คะแนนสูง แสดงว่า ผู้ป่วยมีความรู้สึกหรือมีการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การผ่าตัดไปในทางที่ดี

คะแนนต่ำ แสดงว่า ผู้ป่วยมีความรู้สึกหรือมีการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การผ่าตัดไปในทางที่ไม่ดี

2.3 แบบประเมินความรู้ในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยกระตุกขาหัก จำนวน 26 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากแผนการสอนผู้ป่วยตั้งแต่การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด มีลักษณะคำตอบของคำถามเป็นใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ เพื่อประเมินความรู้ของผู้ป่วยก่อนและหลังการสอน (Pre-test & Post-test) มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตอบถูก ได้ 1 คะแนน

ตอบผิด ไม่ได้คะแนน

ตอบไม่ทราบ ไม่ได้คะแนน

การหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัด

การหาความเที่ยงตรง ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัด ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity)

ดังนี้ อาจารย์พยาบาลทางห้องผ่าตัด 1 ท่าน, อาจารย์พยาบาลทางจิตเวช 1 ท่าน, นักพฤกษศาสตร์ 1 ท่าน, จิตแพทย์ 1 ท่าน และนักจิตวิทยา 1 ท่าน

เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อแนะนำ แล้วนำกลับไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบอีกครั้ง แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 10 ราย และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งมีสูตรคำนวณดังนี้ (บุญธรรมกิจปริดาภิวัตน์ 2533: 45)

$$\alpha = n/n-1 [1 - \sum Si^2 / St^2]$$

เมื่อ α = ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น

n = จำนวนข้อคำถามทั้งหมดในแบบสอบถาม

Si^2 = ค่าความแปรปรวนรายข้อของแบบสอบถาม

St^2 = ค่าความแปรปรวนของแบบสอบถามทั้งหมด

ได้ค่าสัมประสิทธิ์แห่งความเชื่อมั่น = 0.80

การหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว

การหาความเที่ยงตรง ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามด้านความรู้ที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน นิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) ดังนี้ แพทย์ทางออร์โธปิดิกส์ 1 ท่าน, อาจารย์พยาบาลทางห้องผ่าตัด 1 ท่าน, อาจารย์พยาบาลทางออร์โธปิดิกส์ 1 ท่าน, พยาบาลประจำการทางการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ 1 ท่าน และพยาบาลประจำการทางห้องผ่าตัด 1 ท่าน

เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขแล้ว นำกลับไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบอีกครั้ง แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 10 ราย และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร คูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder - Richardson) KR-20 (ยงดี ภาษา และคนอื่น ๆ 2534: 124)

$$r_{c,c} = n/n-1[1-\sum pq/St^2]$$

เมื่อ $r_{c,c}$ = ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

n = จำนวนข้อของแบบสอบถาม

p = สัดส่วนของคน que ตอบถูกในแต่ละข้อ

q = สัดส่วนของคน que ตอบผิดในแต่ละข้อ

St^2 = ความแปรปรวนของคะแนนทั้งหมด

ได้ค่าความเชื่อมั่น = 0.80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาล เลิดสิน และโรงพยาบาลวชิระ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับคำ อนุมัติแล้ว ผู้วิจัยติดต่อหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ศึกษารายงานประวัติของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในแผนกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ และ เลือกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ก่อนผ่าตัดผู้วิจัย เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง พูดคุยซัก ถามและแนะนำตัวเอง เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ขอวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขอความร่วมมือ ในการวิจัย
2. ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว แบบสอบถามประเมินความรู้อ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด (Pre-test) ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบ แบบสอบถามให้ผู้ป่วยทราบโดยละเอียด ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจคำถาม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ซักถามได้ตลอดเวลา
3. ในกลุ่มควบคุม ภายหลังตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว (Pre-test) ผู้วิจัยจะให้ พยาบาลประจำการสอนผู้ป่วยไปตามปกติที่เคยปฏิบัติมา
4. ในกลุ่มทดลอง ภายหลังตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยทำการสอนกลุ่มตัวอย่าง ข้างเตียงเป็นรายบุคคลตามแผนการสอนที่ได้เตรียมไว้ ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที มีขั้นตอน ในการสอนดังนี้

- 4.1 ก่อนสอนผู้วิจัยเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายให้ผู้ช่วย เช่น ให้อดน้ำ ถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระให้เรียบร้อยก่อน
- 4.2 เตรียมความเรียบร้อยของสถานที่และอุปกรณ์ในการสอน จัดสถานที่ให้เป็นสัดส่วน โดยการกั้นม่านปราศจากสิ่งรบกวนต่าง ๆ ดูแลให้มีอากาศถ่ายเทให้สะดวก และสว่างเพียงพอ จัดอุปกรณ์และสื่อการสอนให้อยู่ในสภาพดีและพร้อมที่จะใช้ในการสอนทันที
- 4.3 ชี้แจงจุดประสงค์และประโยชน์ของการสอน เพื่อให้ผู้ช่วยตั้งใจดูแลและฟัง
- 4.4 ดำเนินการสอนตามแผนการสอนที่เตรียมไว้ ระหว่างสอนเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยซักถามได้ตลอดเวลา ถ้าไม่เข้าใจผู้วิจัยจะอธิบายเพิ่มเติมให้อีก
- 4.5 ผู้วิจัยจะให้คำยกย่อง ชมเชยเมื่อผู้ช่วยได้มีการแสดงการออกกำลังกายที่ถูกต้อง ตามที่ผู้วิจัยได้สาธิตให้ดูแล้ว โดยการยิ้มรับ พยักหน้าและพูดให้กำลังใจ แต่ถ้าผู้ช่วยทำผิดผู้วิจัยจะไม่ตำหนิ และให้ทำซ้ำจนถูกต้อง
- 4.6 ภายหลังจากการสอนเสร็จแล้ว ผู้วิจัยมอบหนังสือคู่มือการปฏิบัติตัวให้ผู้ช่วยไว้ อ่านทบทวน พร้อมทั้งพูดจูงใจและแนะนำให้อ่านหนังสือคู่มือจนจบเล่ม
5. ภายหลังจากวันผ่าตัดวันที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอีกครั้งเพื่อประเมินการรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัด และความรู้ในการปฏิบัติตัว (post-test)
6. นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติต่อไป

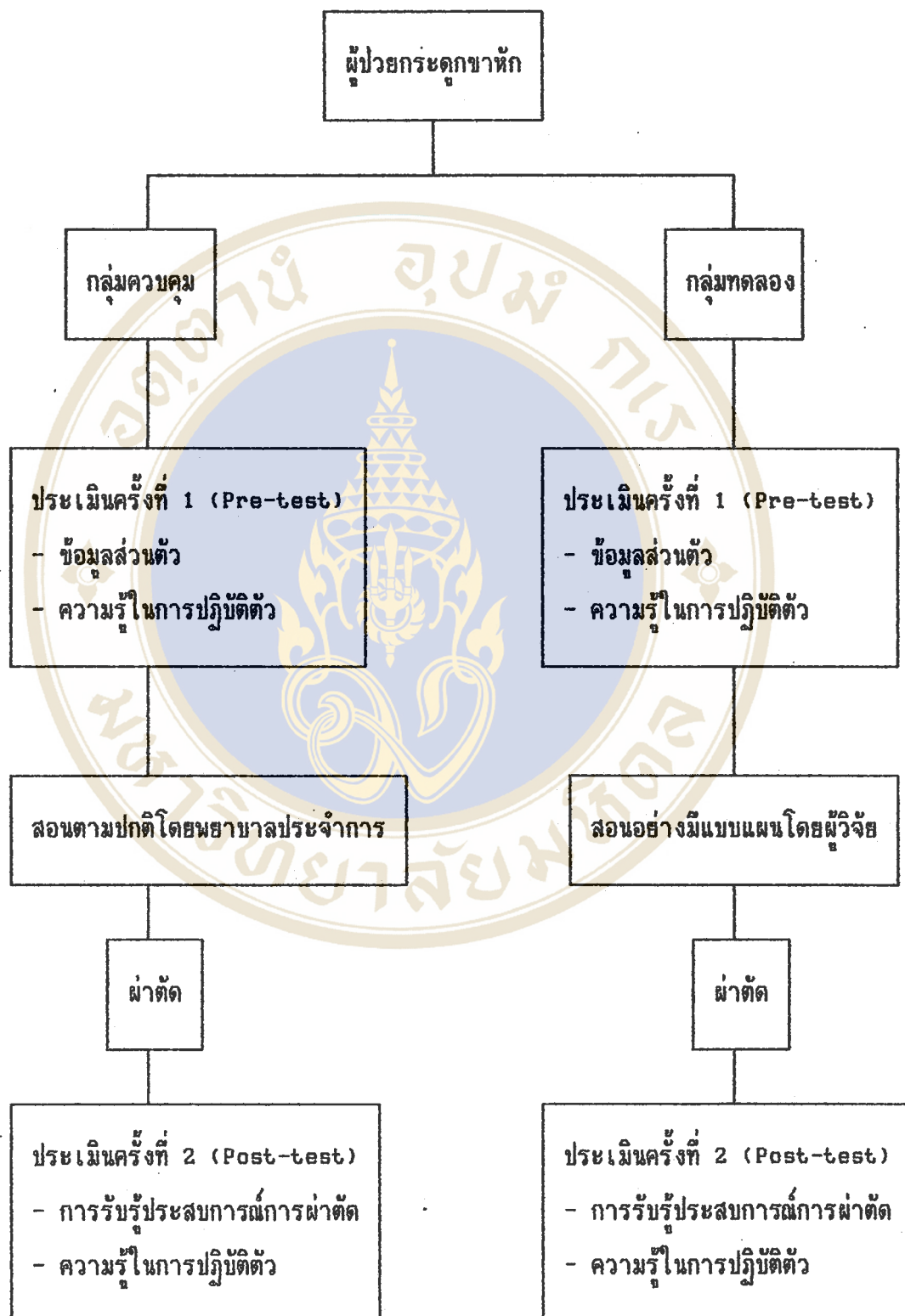
การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC⁺ (Statistical Package for the Social Science) วิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. หาค่าความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนตัว
2. หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง
3. หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน ความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนการสอนและภายหลังจากการสอนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม
4. เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัดโดยทดสอบคะแนนที่แบบอิสระ (Independent t-test)

5. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนน ความรู้ในการปฏิบัติตัวระหว่าง
กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance)
โดยใช้คะแนนความรู้ในการปฏิบัติก่อนสอนเป็นตัวแปรร่วม (Covariate)





วิธีและการอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัด และความรู้ในการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยกระดูกหัก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ผู้ป่วยกระดูกหักที่รับไว้รักษา ในแผนกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลเลิดสิน และโรงพยาบาลวชิระ เพื่อรับการผ่าตัดจัดกระดูกให้เข้าที่และใส่โลหะยึดไว้ภายใน จำนวน 40 คน ซึ่งผลการวิจัยได้นำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับ ดังต่อไปนี้

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ การเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล และตำแหน่งของกระดูกที่หัก

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อายุ(ปี)						
15-25	14	35	15	37.5	29	72.5
26-35	5	12.5	4	10	9	22.5
36-45	1	2.5	1	2.5	2	5
รวม	20	50	20	50	40	100
เพศ						
ชาย	20	50	20	50	40	100
หญิง	0	0	0	0	0	0
รวม	20	50	20	50	40	100
ระดับการศึกษาสูงสุด						
ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า	9	22.5	9	22.5	18	45
มัธยมศึกษา	8	20	8	20	16	40
อุดมศึกษา	3	7.5	3	7.5	6	1
รวม	20	50	20	50	40	100
สถานภาพสมรส						
คู่	5	12.5	3	7.5	8	20
โสด	15	37.5	17	42.5	32	80
รวม	20	50	20	50	40	100
อาชีพ						
รับจ้าง	16	40	16	40	32	80
นักศึกษา	4	10	4	10	8	20
รวม	20	50	20	50	40	100

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
รายได้						
ไม่มีรายได้	4	10	4	10	8	20
<5,000 บ./ด.	8	20	8	20	16	40
>5,000 บ./ด.	8	20	8	20	16	40
รวม	20	50	20	50	40	100
การเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล						
เคย	10	25	12	30	22	55
ไม่เคย	10	25	8	20	18	45
รวม	20	50	20	50	40	100
ตำแหน่งของกระดูกหัก						
กระดูกต้นขา	18	45	18	45	36	90
กระดูกหน้าแข้ง	2	5	2	5	4	10
รวม	20	50	20	50	40	100

จากตารางที่ 1 พบว่าส่วนใหญ่ กลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 15-25 ปี มากที่สุดร้อยละ 72.5 ทั้งหมดเป็นเพศชาย มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าร้อยละ 45 สถานภาพโสด ร้อยละ 80 อาชีพรับจ้างร้อยละ 80 รายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน และมากกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 40 เคยเข้ารักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 55 และกระดูกหักบริเวณต้นขาร้อยละ 90

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัดของกลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	n	หลังสอน		
		\bar{X}	S.D.	t.
กลุ่มทดลอง	20	85.9	10.305	2.57*
กลุ่มควบคุม	20	77.9	9.437	

* $P < 0.05$

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัด
ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการปฏิบัติตัว ของผู้วิจัยระดับปริญญาโท ก่อนสอนและหลังสอนในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	n	ก่อนสอน		หลังสอน		$\bar{Y}_{รวม}$
		\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
กลุ่มทดลอง	20	11.050	3.677	20.900	3.523	24.424
กลุ่มควบคุม	20	10.350	5.194	14.5	4.647	14.686

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนสอนทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน แต่ภายหลังจากสอนค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการปฏิบัติตัว ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม และคะแนนปรับแล้วของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) ของคะแนนความในการปฏิบัติตัว
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้คะแนนก่อนการสอนเป็นตัวแปรร่วม
(Covariate)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
คะแนนก่อนสอน	1	215.904	215.904	18.369***
สิ่งทดลอง (กลุ่ม)	1	361.214	361.214	30.7311**
ความคาดเคลื่อน	37	434.896	11.754	
รวม	39	1060.400	27.190	

*** p < .001

จากตารางที่ 4 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการปฏิบัติตัวภายหลังการสอนของ
กลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<.001)

การอภิปรายผล

การศึกษาผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัด และความรู้ในกับการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยกระดูกขาหัก ผลการวิจัยสามารถอภิปรายตามสมมติฐานได้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ผู้ป่วยกระดูกขาหักได้รับการสอนอย่างมีแบบแผน มีความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดดีกว่าผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการสอนตามปกติ ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ดังนี้

ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับการสอนอย่างมีแบบแผน โดยผู้วิจัยจัดการเรียนการสอนให้ปฏิบัติตามแผนการสอน กล่าวคือแผนการสอนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นได้กำหนดวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม การสอน อุปกรณ์การสอน ตลอดจนการประเมินผลไว้อย่างมีแบบแผน ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ได้ดีขึ้น ดังที่ แวน ฮูเซอร์ และคณะ (Van Hoozer, et al 1987: 80) กล่าวว่า การให้คำแนะนำอย่างมีประสิทธิภาพแก่ผู้ป่วยนั้น จำเป็นต้องกำหนดเป้าหมายและกิจกรรมที่ระบุทิศทางที่แน่นอนของการให้คำแนะนำคือ กำหนดวัตถุประสงค์ เนื้อหา กลวิธีในการให้คำแนะนำ และแนวทางการประเมินผลไว้อย่างชัดเจนซึ่งแผนการสอนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย วัตถุประสงค์ของการผ่าตัด ว่าเป็นวิธีการรักษาที่เหมาะสมที่สุดของผู้ป่วย สภาพแวดล้อมของห้องผ่าตัดซึ่งผู้ป่วยไม่เคยได้พบเห็นมาก่อนว่าเป็นอย่างไร การแต่งกายของบุคลากรในห้องผ่าตัดที่แตกต่างจากบุคลากรที่หอผู้ป่วยเคยอยู่ ตลอดจนแสง สี เสียงต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยจะต้องพบเห็น ได้ยินในวันผ่าตัดคืออะไรบ้าง ขั้นตอนการทำงานในห้องผ่าตัดที่ต้องเร่งรีบ ต้องเตรียมเครื่องมือ เครื่องใช้ให้พร้อมที่จะทำผ่าตัดเพื่อความสะดวก รวดเร็ว และความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ซึ่งอาจทำให้การดูแล เอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมีน้อยลง รวมถึงขั้นตอนการผ่าตัดถือเป็นสิ่งใหม่ที่ผู้ป่วยควรทราบ ลักษณะรูปร่างหน้าตาของโลหะที่จะใช้ในการตามกระดูกของผู้ป่วยว่าเป็นอย่างไร โดยผู้วิจัยได้อธิบายควบคู่กับการใช้ภาพพลิก เป็นรูปภาพสี พร้อมคำบรรยายให้ผู้ผู้ป่วยได้ดูประกอบด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นเป็นรูปธรรมมากขึ้น ทางด้านเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดขณะสอน ผู้วิจัยได้นำให้ผู้ผู้ป่วยเห็นถึงเหตุผล และความสำคัญของการปฏิบัติตัวควบคู่ไปด้วย เพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้จัดทำภาพพลิกเป็นรูปภาพประกอบคำบรรยาย ในเรื่องของการปฏิบัติตัวดังกล่าวควบคู่กับการบรรยายด้วย เพื่ออธิบายสิ่งที่ยากให้ง่ายขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ตามมา เกิดเป็นความคิด ความเข้าใจได้อย่างรวดเร็ว ไชยยศ เรื่องสุวรรณ (2526: 151) กล่าวว่า การที่มีรูปภาพประ

กอบในการสอนจะเป็นแรงกระตุ้นต่อการเรียนรู้ และทำความเข้าใจในสิ่งนั้น ๆ ได้ดียิ่งขึ้น และภาพลักษณ์นี้เป็นอุปสรรคการสอนที่กระตุ้นให้บุคคล มีความสนใจติดตามฟังได้ตลอดเวลา และทำให้ผู้เรียนและผู้สอนได้มีโอกาสเผชิญหน้า มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ตลอดจนทราบถึงปฏิกิริยาสนองตอบของผู้เรียนทันที (สมจิตร ศรีพรหม อังโน สุนีย์ สว่างเดชารักษ์ 2533: 65) และภาพลักษณ์ช่วยให้ผู้ปวยเกิดลักษณะเป็นรูปธรรม ทำให้ผู้ปวยเรียนรู้ได้ดี เร็ว และเข้าใจเรื่องต่าง ๆ ตรงกัน จำเรื่องราวต่าง ๆ ได้มากขึ้นและนานกว่า ช่วยทำให้เกิดความคิดรวมยอด และมีความหมาย ช่วยสร้างความสนใจให้ผู้เรียน ช่วยเสริมสร้างความคิด และวิธีแก้ปัญหา สามารถเปลี่ยนความเชื่อ ความคิด ความรู้สึก และสร้างเจตคติใหม่ได้อย่างดี อีกทั้งยังสามารถนำเหตุการณ์จริงมาสู่ผู้ปวยได้ (เชิษรศรี วิวิษลิริ 2535: 64-65)

นอกจากนี้ถ้าเนื้อหาส่วนไหนเป็นการออกกำลังกายของกล้ามเนื้อและข้อต่าง ๆ การบริหารการหายใจ และการไออย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยได้สอนผู้ปวยวิธีการสาธิต ให้ผู้ปวยดูก่อน หลังจากนั้นจึงให้ผู้ปวยต้องลงมือปฏิบัติตามทำ เมื่อผู้ปวยทำถูกต้องผู้วิจัยให้คำยกย่องชมเชย ยิ้มรับ ยกย่อง และพูดให้กำลังใจด้วย อารมณ์ วุฒินฤกษ์ (2526: 36) กล่าวว่า การสอนโดยวิธีการสาธิตนี้ ทำให้ผู้ปวยจะต้องตอบสนองต่อสถานการณ์หรือสิ่งเร้า ผู้ปวยจะคาดหวังว่าเขาจะทำให้ดีที่สุด เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ตามสถานการณ์ที่ได้ตั้งใจไว้ วิธีสอนแบบสาธิตนี้ยังใช้ได้ดี เพราะช่วยให้ผู้ปวย เห็นกระบวนการที่ชัดเจนมาก ดีกว่าการพูดอย่างเดียว หรือการเขียนคำบรรยายให้อ่าน และผู้ปวยมีโอกาสได้ทดสอบความเข้าใจของตนเอง ทันทีหลังจากได้ชมการสาธิตแล้ว ทำให้เห็นข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นและได้รับการแก้ไข (สุวัฒน์ วัฒนวงศ์ 2524: 74-76) และการให้คำยกย่องและการตำหนิ ยังใช้ได้เสมอในทุกโอกาส แต่ควรจะใช้คำยกย่องมากกว่าการตำหนิ การยกย่องจะเป็นเครื่องกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ โดยผู้วิจัยต้องหาจังหวะ เวลาและโอกาสชมเชยอย่างมีเหตุผล จะเป็นการจูงใจให้ผู้ปวยมีกำลังใจที่จะปฏิบัติเป็นผลดีต่อสุขภาพได้มาก (อารมณี วุฒินฤกษ์ 2526: 40)

นอกจากนี้ผู้ปวยกลุ่มทดลองภายหลังที่ได้รับการสอนจากผู้วิจัยแล้ว ยังได้รับคู่มือเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวไปอ่านทบทวนอีก ซึ่งคู่มือดังกล่าวมีเนื้อหาสั้น ๆ ภาษาที่ใช้ง่าย ๆ ไม่ใช่ศัพท์แพทย์ และในส่วนของเนื้อหาการออกกำลังกายมีภาพประกอบการ์ตูนขาว-ดำ ที่ทำให้ผู้ปวยสนใจเนื้อหามากยิ่งขึ้น เพราะการ์ตูนเป็นงานกราฟฟิคส์ แสดงสัญลักษณ์ทางรูปร่าง ใช้เป็นตัวแทน แนวความคิด หรือสถานการณ์ ทำขึ้นเพื่อจูงใจให้ความคิดแก่ผู้ปวย และสร้างอารมณ์ขัน แสดงความหมายใน

ตัวเอง แสดงลักษณะเด่นของคน ในด้านความคิดหรือสถานการณ์ ใช้เป็นสื่อถ่ายทอดเรื่องราวได้ตรงจุดมุ่งหมายของเรื่อง ช่วยให้ผู้ช่วยเข้าใจความหมาย และเรื่องราวได้ดีกว่าการใช้ภาษาบอกเล่าเพียงอย่างเดียว ช่วยให้ผู้ช่วยสนใจในเรื่องที่เรียนยิ่งขึ้น ใช้เป็นสื่อสอนผู้ช่วยรายบุคคลได้ดี (เชียงศรี วิวิษลิริ 2535: 151-152)

การจัดสภาพแวดล้อมก็มีส่วนส่งเสริมการเรียนรู้ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดสอนผู้ช่วยที่ข้างเตียงผู้ช่วย กันมาเป็นสัปดาห์ เพื่อให้ผู้ช่วยมีสมาธิในการเรียน มีสิ่งรบกวนจากภายนอกน้อยเปิดไฟที่หัวเตียงให้มีแสงสว่างเพียงพอเปิดพัดลมให้มีการถ่ายเทของอากาศได้ดี ไม่ร้อนอบอ้าวในขณะที่สอนผู้ช่วย ก่อนสอนผู้วิจัยได้ศึกษาประวัติของผู้ช่วยจากบัตรบันทึกสุขภาพ และรายงานประวัติถึงชื่อ นามสกุล อายุ ประวัติการเจ็บป่วย แล้วนำมาประกอบในการสร้างสัมพันธภาพก่อนการสอน เพื่อให้ผู้ช่วยเกิดความรู้สึกไว้วางใจว่าผู้วิจัยมีความสนใจในตัวผู้ช่วย โดยไม่ได้เข้าไปขอประวัติต่าง ๆ จากผู้ช่วยโดยตรง และสามารถใช้เป็นข้อมูลคุยกับผู้ช่วยถึงความเป็นอยู่ในขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลได้ด้วย ผู้ช่วยคนไหนที่มีอายุมากกว่าผู้วิจัย ผู้วิจัยใช้สรรพนามเรียกว่า ลุงหรือน้า แทนการเรียกชื่อเฉย ๆ

ในการสอนครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ภาษาง่าย ๆ ในการสอนไม่ใช่ศัพท์แพทย์ เพื่อให้ผู้ช่วยมีความรู้ความเข้าใจง่ายขึ้น เพราะผู้ช่วยส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ตารางที่ 1) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยซักถามตลอดเวลา ซึ่งเป็นการสอนโดยการสื่อความหมายสองทาง วิธีการสอนแบบนี้ เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยได้ซักถาม อภิปรายร่วมกับผู้วิจัย แสดงปฏิริยาโต้ตอบกัน เกิดข้อมูลป้อนกลับทันทีว่าผู้ช่วยเข้าใจมากน้อย และถูกต้องเพียงใด มีข้อมูลสำหรับแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องต่าง ๆ ในการสอนใหม่ ทำให้การสื่อสารได้ผลสมบูรณ์ขึ้น (อารมณ วุฒินฤกษ์ 2526: 73-74 และ เชียงศรี วิวิษลิริ 2535: 33-34) และในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกสอนผู้ช่วย ภายหลังจากรับผู้ช่วยไว้ในโรงพยาบาลแล้วอย่างน้อย 1 วัน ซึ่งผู้ช่วยกระดูกหักเหล่านี้ได้รับการดองน้ำหนักเพื่อลดความเจ็บปวดจากกระดูกที่หักแล้ว ทำให้ผู้ช่วยมีความพร้อมที่จะเรียนมากขึ้นด้วย การประเมินผลการสอนที่ผู้วิจัยใช้กับผู้ช่วยคือ การซักถามและการสังเกตว่าผู้ช่วยมีความรู้ความเข้าใจหรือไม่อย่างไร ซึ่งการประเมินในลักษณะนี้จะดีกว่าการสังเกตเพียงอย่างเดียว (อารมณ วุฒินฤกษ์ 2526: 125)

จากข้อมูลเพิ่มเติมที่ได้จากผู้ช่วยกลุ่มทดลอง พบว่าผู้ช่วยรู้สึกพึงพอใจต่อการผ่าตัดครั้งนี้ เพราะได้รับการแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดให้ทราบด้วย และผู้ช่วยคิดว่าการผ่าตัดครั้งนี้ ดีและ

เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย ในขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า เมื่อเข้าไปในห้องผ่าตัด แล้ว รู้สึกง่วงว้าย เสียสติ มีด และหนวกหู บางคนกลัวและตื่นเต้นกับสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด บางคนมีความต้องการที่จะได้รับคำแนะนำ บุคคย ตลอดจนการให้ความรู้ก่อนได้รับการผ่าตัด

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น เป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติ

สมมติฐานที่ 2 ผู้ป่วยกระดุกขาหักที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผน มีการรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัดดีกว่าผู้ป่วยกระดุกขาหักที่ได้รับการสอนตามปกติซึ่งผลการวิจัย เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ดังนี้

ผู้ป่วยกลุ่มทดลองภายหลังจากที่ได้รับการสอนจากผู้วิจัยแล้ว เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ในขณะที่ผ่าตัดว่าผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับเหตุการณ์อะไรบ้าง ตามข้อมูลที่ได้รับ ต่อมาได้เผชิญกับเหตุการณ์จริง คือการผ่าตัด จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ และแปลความหมายของเหตุการณ์นั้นได้ตามความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่ เป็นผลให้ผู้ป่วยแปลเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญได้ชัดเจน ปราศจากความคลุมเครือ และคาดการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้สอดคล้องกับประสบการณ์ที่มีอยู่ เป็นผลให้ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจไม่รุนแรง เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้เตรียมตัวเตรียมใจรับเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ดีขึ้น สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสมขณะได้รับการผ่าตัด จึงทำให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดได้ดีกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม ซึ่งข้อมูลเพิ่มเติมที่ได้จากผู้ป่วยกลุ่มทดลองดังกล่าวข้างต้น ว่าผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจต่อการผ่าตัดครั้งนี้ ดังนั้นจึงพบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การผ่าตัดดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติ

สำหรับการสอนตามปกติจากพยาบาลประจำการนั้น ในสถานการณ์ปัจจุบัน การสอนผู้ป่วยไม่มีแบบแผนที่แน่นอน เนื้อหาที่สอนไม่ครอบคลุมถึงสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด กระบวนการผ่าตัดต่าง ๆ เพราะพยาบาลห้องผ่าตัด เป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยตลอดเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด ทราบถึงรายละเอียดเกี่ยวกับกระบวนการผ่าตัด และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ในห้องผ่าตัดเป็นอย่างดี (Stone 1983: 46-48) และจากข้อมูลเพิ่มเติมที่ได้จากผู้ป่วยกลุ่มควบคุม พบว่าไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับความรู้ก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด ตลอดทั้งสภาพต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยจะต้องประสบในขณะที่ผ่าตัด จึงทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมมีความรู้ และมีการรับรู้ต่อการผ่าตัด ครั้งนี้ไม่ดีเท่าผู้ป่วยกลุ่มทดลอง

สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) เพื่อศึกษาผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัด และความรู้ในการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยกระดูกขาหัก

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยกระดูกขาหัก ซึ่งแพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาล แผนกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช ณ หอผู้ป่วยมหิตลบำเพ็ญชั้น 1, ศัลยกรรมหญิง 2, สลากกินแบ่งฯ 2, โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ณ อาคารคุ้มเกล้าชั้น 5/1, 5/3, 5/4, โรงพยาบาลเลิดสิน ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย1, ศัลยกรรมกระดูกชาย2, ศัลยกรรมกระดูกหญิง, โรงพยาบาลวชิระ ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย และศัลยกรรมกระดูกหญิง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มตัวอย่าง 20 คนแรก จัดเป็นกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาลประจำการ กลุ่มตัวอย่าง 20 คนหลังจัดเป็นกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนจากผู้วิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แผนการสอนผู้ป่วยกระดูกขาหัก และอุปกรณ์การสอนชนิดภาพพลิก คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยกระดูกขาหัก แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว แบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัด แบบสอบถามความรู้ในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยกระดูกขาหัก

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยภายหลังจากรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล 1 วัน ก่อนสอนให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว และแบบสอบถามความรู้ในการปฏิบัติตัว ภายหลังจากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดแล้ว 1 วัน ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัด และความรู้ในการปฏิบัติตัวอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. หาค่าความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนตัว
2. หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนการรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัด และคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการสอนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม
3. เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัด โดยทดสอบคะแนนที่แบบอิสระ (Independent t-test)
4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนน ความรู้ในการปฏิบัติตัวระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุมด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยใช้คะแนนความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนสอนเป็นตัวแปรร่วม (Covariate)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผน มีความในการปฏิบัติตัวดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสอนตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$)
2. ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผน มีการรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัดดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสอนตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้ทางการพยาบาล

จากผลการวิจัยพบว่า การสอนอย่างมีแบบแผนทำให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักมีการรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัดและความรู้ในการปฏิบัติตัวดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสอนตามปกติดังนี้

1.1 พยาบาลควรสอนผู้ป่วยกระดูกขาหักโดยมีแผนการสอนที่แน่นอนในเรื่องเนื้อหาที่สอน เรื่องของการปฏิบัติตัวตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด และในแผนการสอนควรมีเนื้อหาเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม บุคลากร เครื่องใช้ที่จำเป็นในห้องผ่าตัด ตลอดจนขั้นตอนการทำผ่าตัดพอเป็นสังเขป เพื่อให้ผู้ป่วยได้เตรียมตัวเตรียมใจล่วงหน้า เพื่อลดความวิตกกังวลและความกลัว

1.2 ในเรื่องของกิจกรรมการสอน พยาบาลควรสอนผู้ป่วยด้วยวิธีการสาธิตควบคู่กันไปในเรื่องของการบริหารร่างกาย การหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นของจริงนอกเหนือจากการอธิบายเพียงอย่างเดียว ภายหลังการสอนควรให้ผู้ป่วยได้ทดลองทำตาม

จนกว่าจะปฏิบัติได้ถูกต้อง ซึ่งจะเป็นการประเมินผลการสอนของพยาบาลไปด้วย พยาบาลควรให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยโดยการกล่าวคำยกย่อง ชมเชย เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้ถูกต้อง และกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำบ่อย ๆ เพื่อประโยชน์แก่ตัวผู้ป่วยเองด้วย

1.3 ภาษาที่สอนผู้ป่วยควรเป็นภาษาที่เข้าใจง่าย ไม่ควรใช้ศัพท์เฉพาะทางการแพทย์ เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนมีพื้นฐานการศึกษาที่แตกต่างกัน

1.4 พยาบาลควรใช้สื่อในการสอนประเภทภาพนคลิก มาช่วยสอนเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจยิ่งขึ้น และสามารถติดตามการสอนได้ตลอด

1.5 พยาบาลควรจัดทำคู่มือการปฏิบัติตัวให้ผู้ป่วยได้นำไปทบทวนอีกภายหลังได้รับการสอนแล้ว โดยที่มีเนื้อหาต่าง ๆ เกี่ยวข้องหรือสอดคล้องกับแผนการสอนและภาพนคลิก เพราะบางครั้งผู้ป่วยอาจติดตามการสอนไม่ทัน หรือไม่เข้าใจ แต่ไม่กล้าซักถาม เมื่อมีคู่มือก็สามารถอ่านทบทวนได้ตามต้องการ และพยาบาลควรเน้นให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ของคู่มือด้วย เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีการอ่านทบทวนคู่มือบ่อย ๆ อันจะเป็นประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยเอง และเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากขึ้นอีก ควรได้มีการเพิ่มเติมเนื้อหาเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

2. การนำผลการวิจัยไปใช้ในการบริหารการพยาบาล

2.1 ผู้บริหารการพยาบาลควรจัดให้พยาบาลประจำการในหน่วยออร์โธปิดิกส์ได้พัฒนาในเรื่องการถ่ายทอดให้ความรู้แก่ผู้ป่วย

3. แนวทางในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรมีการศึกษาติดตามผลการสอนต่อการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัด และ การฟื้นฟูสภาพร่างกายในกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาครั้งนี้ เป็นระยะ ๆ ตามที่แพทย์นัดตรวจดูความก้าวหน้าการติดของกระดูก

3.2 ควรมีการศึกษาถึงผลการสอนอย่างมีแบบแผน โดยใช้คู่มือการเรียนรู้ด้วยตนเอง ต่อความรู้และการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยกระดูกหักบริเวณแขน เพื่อนำมาปรับปรุงและใช้ให้เป็นประโยชน์ในการให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่ไม่ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

3.3 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลของสื่อการสอนประเภทต่างๆ เช่น แบบแผนการสอนพร้อมคู่มือ กับเทคโนโลยีสารสนเทศต่อการรับรู้ประสบการณ์การเรียนรู้ ความรู้และการปฏิบัติตัวในผู้ช่วยกระดูกขาหัก ว่ามีความแตกต่างกันอย่างไร และศึกษาผู้ช่วยที่ไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ เพื่อเลือกรูปแบบของสื่อการสอนที่ดีที่สุดในการสอน และให้ความรู้แก่ผู้ช่วย เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่ดีและถูกต้องต่อไป



บรรณานุกรม

- กันยา อึ้งไพบูลย์. เปรียบเทียบผลการสอนแบบรายบุคคลและแบบกลุ่มย่อยต่อการลดภาวะเครียดในผู้ป่วยอัลไซเมอร์ชองท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525.
- กันยา สุวรรณแสง. จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์บำรุงสาส์น, 2532.
- กันยา ออประเสริฐ. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเฉพาะบริเวณ. ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- กฤษา วงศ์นาม. การศึกษาเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาสุขศึกษาของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โดยวิธีการสอนด้วยหนังสือการ์ตูนกับวิธีสอนแบบบรรยาย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525.
- เกรียงศักดิ์ ศรีเลิศฟ้า และมานิษฐ์ จันทร์คร. "การศึกษาความภาคภูมิใจต่อระบบโครงสร้างและกล้ามเนื้อจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า." วารสารแพทยทหารบก. 41 (พฤศจิกายน 2531): 43.
- กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล. "ทฤษฎีการพยาบาลของคิง." วารสารพยาบาล. 32 (2532) : 244-259.
- ขนิษฐา นาคะ. ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- ขวัญตา ไผ่หยงงาม. ผลการสอนอย่างมีแบบแผนและการใช้คู่มือการเรียนรู้ด้วยตนเองต่ออัตมโนทัศน์ที่เกี่ยวกับร่างกาย ความรู้และการปฏิบัติตนเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยอัลไซเมอร์ระยะตึก. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
- จันทร์พิมพ์ สายสมร. "การผลิตสื่อการสอนสุขภาพอนามัย." ใน เอกสารการสอนชุดวิชาการเรียนการสอนสุขภาพอนามัย หน่วยที่ 8-15 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2532.

- นวลอนงค์ บุญฤทธิพงศ์. ผลของการให้คำแนะนำร่วมกับการใช้หนังสือการ์ตูน เรื่องการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของมารดาวัยรุ่นที่คลอดบุตรคนแรก. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- เนตรทราย สุขยิ่ง และ มณฑิรา ดนัยพรรณ. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2514
- บงกช นิ่งพทุธาร์ักษ์. "การพยาบาลผู้ป่วยใส่ Internal fixation." ในการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์. วรณี สัตยวิวัฒน์, บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรไทย, 2529.
- บงกช นิ่งพทุธาร์ักษ์. "การปฏิบัติการพยาบาลศัลยกรรมกระดูก." พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธิ. รวมบทความ การวิจัย การวัดและประเมินผล. กรุงเทพฯ: โครงการการศึกษาต่อเนื่อง มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- ประดิษฐ์ ศักดิ์ศรี. กระดูกหักแผลเปิด. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว, 2527.
- ปรีชา รักษ์พลเมือง. "สถิติกระดูกหักข้อเคลื่อนในโรงพยาบาลศิริราช พ.ศ. 2526." วารสารสมาคมออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย. 10 (มีนาคม 2528): 12-22.
- ประพันธ์ สุกवास และอุดม ลำอางค์กุล. จิตวิทยาสังคม. เชียงใหม่: โรงพิมพ์ข้างเผือก, 2525
- พวงรัตน์ บุญญารัตน์. "การพัฒนาและแนวโน้มการเรียนการสอนสุขภาพอนามัย." ในเอกสารการสอนชุดวิชาการเรียนการสอนสุขภาพอนามัย หน่วยที่ 8-15. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2523.
- เพียงเพ็ญ จันทระชนะ. ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

- เน็ญศรี สาโรจน์ และคณะ. การศึกษาบทบาทพยาบาลสาธารณสุขและประสิทธิภาพในการชักจูงให้มารับบริการวางแผนครอบครัวที่หมู่บ้านซอยเสนานิคม 2 บางเขน กรุงเทพฯ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2524.
- ฟาริตา อิบราฮิม. คู่มือปฏิบัติการพยาบาลขั้นวิชาชีพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม, 2525.
- ภัสนพร ขำวิชา. ผลของการสัมผัสต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2534.
- มานพ ประภาษานนท์. รักษาโรคด้วยกายภาพบำบัด. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์เมดิคัลมีเดีย, 2530.
- มยุลี สำราญญาติ. เปรียบเทียบความคาดหวังกับประสบการณ์จริงของผู้ป่วยเกี่ยวกับระดับความเจ็บปวดและกิจกรรมการพยาบาล เนื่องบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2536
- มานี ชูไทย. คู่มือวิชาการสุขศึกษา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เจริญผล, 2521.
- มาลี สนธิเกษตริน. "การรับรู้." วารสารพยาบาล. 25 (กรกฎาคม 2519): 179-183.
- เรณู อางสาลี นิกุลทินย์ หงษ์เหิร และกันยา ออประเสริฐ. ผลการเชื่อมอย่างมีแบบแผนของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในโรงพยาบาลศิริราช. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- วัชร กิ่งเงินเฟื่อง. ผลการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อความวิตกกังวล การมีส่วนได้ควบคุมตนเองและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- วิชัย วงตรงค์วรรณ และคณะ. "ประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อของขาปฏิชีวนะชนิดรับประทานระหว่าง Tarivid กับ Cloxacillin ในผู้ป่วยกระดูกและข้อ." วารสารสมาคมออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย. 17 (มีนาคม 2535): 16-19.
- วิรุณี เหล่าภัทรเกษม. พื้นฐานวิชาการกระดูกหัก ข้อเคลื่อนหลุด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์โอเคียนลไตร์, 2532.

- วิภาส ภูมิเมษุติ. "ผลการรักษาคนไข้กระดูกปลายขาอันนอกและอันในหัก โดยวิธีใส่แกนเหล็ก เปรียบเทียบกับการผ่าตัดตามเหล็กที่โรงพยาบาลกลางในระยะ 10 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2525-2534." นิตยสารโรงพยาบาลกลาง. 29 (เมษายน-มิถุนายน 2535) : 101-112.
- สมชาย จันทรสว่าง. "การศึกษาเวลาที่ใช้ในการรักษาและค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์." วารสารอุบัติเหตุ. 6 (พฤศจิกายน-ธันวาคม 2530) : 22.
- สุธา จันทรเอม. จิตวิทยาทั่วไป. ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิชจำกัด, 2531.
- สุทิศ วรศิริ. ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเอสแอล อี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- สุนีย์ สว่างเตชารักษ์. ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพของมารดา และการพาเด็กมารับวัคซีนป้องกันโรคหัด. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535
- สุนันทา คำพอ. เปรียบเทียบการสอนอย่างมีแบบแผนและการสอนตามปกติแก่ผู้ป่วยต่อกระจกที่มารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลรามธิบดี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตรสนุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2524.
- สุรศักดิ์ ศรีสุข. กายภาพบำบัดในภาวะกระดูกหัก. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ไทยมิตรการพิมพ์, 2532.
- สุนิศา แจ้งสว่าง. สถานภาพและความต้องการใช้สื่อการศึกษาในการสอนสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยในโรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชنيทัศน์. บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- สุทร บวรรัตนเวช. Manual of AO instrumentation. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ดอกเบ็ญจำกัด, 2532.

- สุนทรีย์ ภาณุทัต และคณะ. "ผลสัมฤทธิ์ของผู้ป่วยนอกที่ได้รับคำแนะนำจากพยาบาล." รายงานการวิจัยของภาควิชาพยาบาลศาสตร์. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2524.
- สุนีย์ สว่างเตชารักษ์. ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพของมารดา และการพาเด็กมารับวัคซีนป้องกันโรคหัด. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- สุวัฒน์ วัฒนวงศ์. หลักการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ทิพย์อักษรการพิมพ์, 2524
- อรอนงค์ พุ่มอารมย์. การพยาบาลทางห้องผ่าตัด. กรุงเทพฯ: เมติคัลมีเดีย, 2530.
- อารมย์ วุฒินฤกษ์. เอกสารประกอบการสอนสุขศึกษา. ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.
- อุบล จ้วงพานิช. "ผลการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อปฏิบัติการทอสนองทางด้านจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม." วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2536.
- Auerbach, S.M. & Martelli, M.F. "Anxiety, information, interpersonal impacts, and adjustment to a stressful health care situation." Journal of personality and psychology. 44(June 1983):1284-1296.
- Affonso, D.D. and Stichler, J.F. " Ceasarean birth : women' reactions." American Journal of Nursing. 80 (March 1980): 468-470.
- Bertley, S.H. Principle of perception. New York : Harper and Rew, 1972.
- Biley, F.C. "Nurses' perception of stress in preoperative surgical patients. Journal of Advance Nursing. 14 (July 1989): 575-581.
- Bloom, B.S. Taxonomy of education objectives hand book I : cognitive domain. New York. David Mc. Kay Company, 1975.

- Clark, A.L., Affonso, D.D. and Harris, T.R. Childbearing: A nursing perspective. 2nd ed. Philadelphia: F.A. Davis company, 1979.
- Clayton, T.F. Teaching and learning a physical perspective. New Jersey: Prentice-Hall, Inc, 1963.
- Close, A. "Patient education :a literature review." Journal of Advance Nursing. 13 (March 1988): 203-213.
- Crabtree, M. "Application of cost-benefit analysis to clinical nursing practice : a comparison of individual and group pre-operative teaching." Journal of Nursing Administration. 8 (December 1978): 11-16.
- Fattu, N.A. Theories of the instruction. Washington D.C. : Association for supervision and curriculum development, 1960.
- Gage, N.L. Handbook of research in teaching. Chicago : Rand Mc Nally & Co., 1963.
- Garrison, K.C. & Magoon, R. Educational psychology. Columbus, Ohio : Charles E. Merrill Publishing Co., 1972.
- Good, C.V. Dictionary of education. New York : Mc Graw-Hill Book Company, 1973.
- Graham, L.E. & Conley, E.M. "Evaluation of anxiety and fear in adult surgical patients." Nursing Research. 20 (March-April 1971) : 113-122.
- Haferkorn, V. "Assessing individual learning needs as a basis for patient teaching." Nursing Clinic of North America. 6 (March 1971): 199-209.
- Keller, C. "Seeking normalcy : The experience of coronary artery by pass surgery." Research in Nursing and Health. 14 (June 1991) : 173-178.

- Kozier, B., Erb, G. and Olivieri, R. Foundamentals of nursing : concepts, process and practice. 4th ed. California: Addison-Westey Nursing, 1991.
- Le.Msitre, G.D. and Finnegan, J.A. The patients in surgery : a guide for nurse. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1980.
- Lindgren, H.C. and Harvey, I.H. An introduction to social psychology. London: The C.V. Mosby Company, 1981.
- Mc Cleane, G.J. & Cooper, R. "The nature of pre-operative axiety . Anaesthesia. 45 (February 1990): 153-155.
- Miller, A. "When is the time ripe for teaching?" American Journal of Nursing. 85 (July 1985): 801-804.
- Minor, M.A.D. and Minor, S.D. Patient care skills. 2nd ed. Norwalk : Appleton & Lange, 1990.
- Mischal, W. and Mischal, H.N. Essential of psychology. 2nd ed. New York: Rondon House, 1980.
- Monteiro, L.A. "Notes on patient teaching a neglected area." Nursing Forum. 3 (January 1964): 27-28.
- Nyamathi, A. & Kashiwabara, A. "Preoperative axiety . Its affect on cognitive thinking." AORN Journal. 47 (January 1988): 164-170.
- Parfitt, J.M. "Humorous preoperative teaching : effect on recall of postoperative exercise routines. AORN Journal. 52 (July 1990): 114-120.
- Phipps, W.J. Medical surgical nursing concept and clinical practice. Saint Louis : The C. V. Mosby Company, 1988.
- Raleigh, E.H., Lepezyk, M. & Rowley, C. "Significant others benifit from preoperative information". Journal of Advanced Nursing. 15 (August 1990): 941-945.

- Ramsay, M.A. "A survey of pre-operative fear." Anaesthesia. 27 (October 1972): 396-402.
- Redman, B.K. The process of patient teaching in nursing. 3rd ed. Saint Louis: The C. V. Mosby Company, 1976.
- Richard, M.L. "Perioperative nursing research part VI: postoperative phase.," AORN Journal. 50 (July 1989): 120-3, 125-8, 134-7.
- Sander, K.S., et al. Practical manual for patient-teaching. Saint Louis: The C.V. Mosby Company, 1978.
- Schrinkel, D.P. "Pre-operative teaching." Supervisor Nurse. 9 (May 1978): 82-90.
- Skipper, J.K. and Leonard, R.C. Insocial interaction and patient care. Philadelphia: J.B. Lippincott Co., 1965.
- Smith, C.E. "Overview of patient education. Opportunities and challenges for the twenty-first century." Nursing Clinics of North America. 24 (September 1989): 583-587.
- Stone, M.A. "Pre-operative visiting part of the OR. nurse's role?" The Australian Nurses Journal. 12 (February 1983):46-48.
- Swindale, J.E. "The nurse's role in giving pre-operative information to reduce anxiety in patients admitted to hospital for elective minor surgery." Journal of Advanced Nursing. 14 (November 1989): 899-905.
- Tringali, C.A. "The needs of family members of cancer patients." Oncology Nursing Forum. 13 (July - August 1986): 65-69.
- Volicer, B.J. "Patients' perceptions of stressful events associated with hospitalization." Nursing Research. 23 (May-June 1974): 235-238.

Wiles, K. Supervision for Better School. New Jersey: Prentice-Hall,
1975.





ภาคผนวก ก.

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การ
ผ่าตัดในผู้ป่วยกระดูกขาหัก

1. นางสาว สุชีรา ภักทรายัตวรัตน์
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ พนม เกตุมาน
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รองศาสตราจารย์ วสันต์ ศิลปสุวรรณ
ภาควิชาสรีรวิทยาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กัญญา ออประเสริฐ
ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นภวัลย์ กัมพลาศิริ
ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงของแผนการสอน คู่มือการปฏิบัติตัว และ
แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยกระดูกขาหัก

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เรณู อางสาลี
ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุกติ ไกรพันธ์
ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. นาง เกร็ววัลย์ เรืองไวย
งานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ข.

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

20 เมษายน 2537

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คำชี้แจงเบื้องต้นเกี่ยวกับการศึกษาวิจัย

ข้าพเจ้า นาง สุกนธา ผดุงวัตร นักศึกษาปริญญาโท ชั้นปีที่ 2 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล จะดำเนินการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้ ประสบการณ์การผ่าตัดและความรู้ในการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยกระดูกขาหัก ซึ่งการศึกษาค้างนี้ ได้ผ่านการยินยอมจากคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์แล้ว

ผู้วิจัยจึงใคร่ขอเชิญท่านเข้าร่วมการศึกษานี้โดยสมัครใจ การตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่อยู่ที่ตัวท่านเอง เมื่อท่านตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาค้างนี้ก็นับได้ว่าท่านเป็นบุคคลหนึ่งที่ช่วยทำให้วิทยาการทางการพยาบาลมีความก้าวหน้า ทำให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักได้รับการสอนอย่างเหมาะสม

ข้อมูลส่วนตัวต่าง ๆ ของท่านจะถูกปิดเป็นความลับ ไม่ว่าท่านจะให้ความร่วมมือในการศึกษาหรือไม่ก็ตาม ทางโรงพยาบาลก็ยังให้การรักษานายาบาลแก่ท่านตามปกติต่อไป

หากท่านมีข้อสงสัยประการใด เกี่ยวกับการศึกษาค้างนี้ กรุณาสอบถามโดยตรงที่

ผู้วิจัย

ขอแสดงความขอบคุณ



(นางสุกนธา ผดุงวัตร)

นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ชั้นปีที่ 2

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

หนังสือแสดงความยินยอม

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว).....ได้รับ
ทราบวัตถุประสงค์และวิธีการทำวิจัยเรื่อง "ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัด และความรู้ในการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยกระดูกขาหัก" แล้วข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และไม่หวังสิ่งตอบแทนใด ๆ และยินยอมให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลส่วนตัวจากประวัติและตอบแบบสอบถาม

ข้าพเจ้าทราบว่า ข้าพเจ้าสามารถซักถามผู้ทำการวิจัยได้ หากมีคำถามใด ๆ ต่อ
ไปข้างหน้า

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย

ลงชื่อ.....พยาน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2537

เลขที่แบบบันทึกข้อมูล.....

วันที่บันทึกข้อมูล.....

แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยกระดูกหัก

ชื่อ..... นามสกุล..... สถานะภาพสมรส.....

เพศ..... อายุ..... ปี

ระดับการศึกษา

- ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า
- มัธยมศึกษา
- ป.ว.ช. หรืออนุปริญญา
- ปริญญาตรี หรือสูงกว่า

ตำแหน่งของกระดูกที่หัก

- กระดูกต้นขา
- กระดูกหน้าแข้ง

อาชีพ.....

รายได้.....

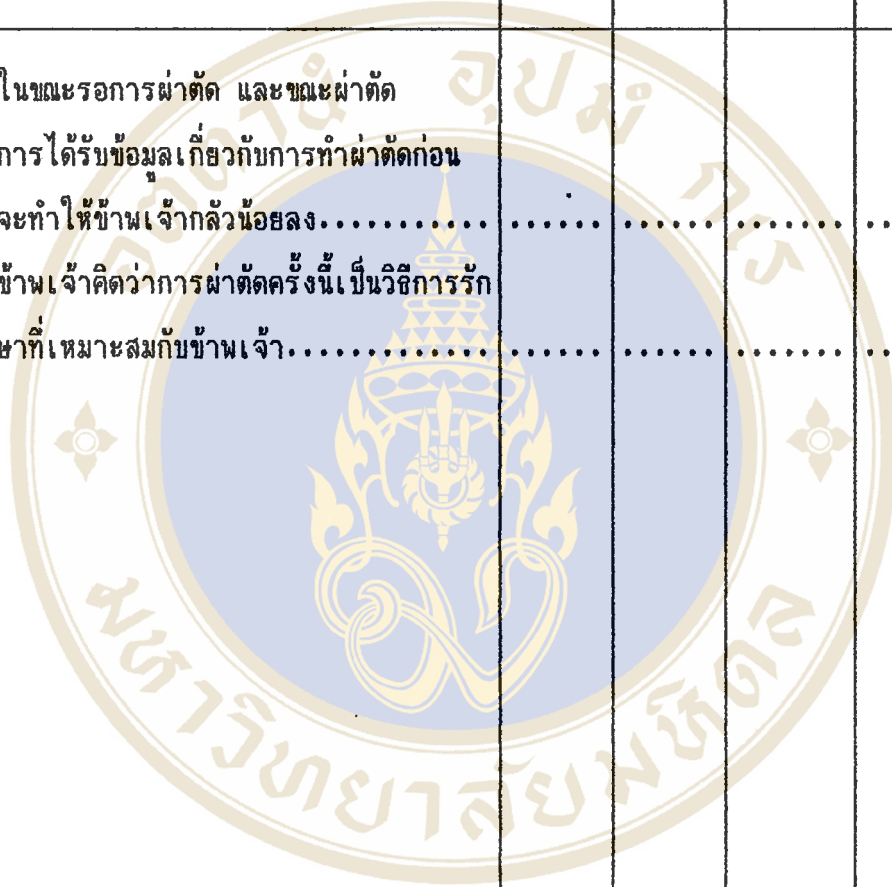
- ไม่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน
- ไม่เคยอยู่โรงพยาบาล
- เคยอยู่โรงพยาบาล

แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การผ่าตัด

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้ต้องการทราบถึงความรู้สึก ความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับประสบการณ์การผ่าตัดในครั้งนี้ ในแบบสอบถามจะมีข้อความที่เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ท่านเองได้ประสบมาแล้วในกระบวนการผ่าตัด ขอให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อ และพิจารณาอย่างรอบคอบว่าตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของท่าน โดยการเลือกคำตอบที่มีเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	คือ	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด และอย่างไม่มีข้อขัดแย้งใด ๆ (100%)
เห็นด้วยมาก	คือ	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนใหญ่ แต่อาจมีข้อขัดแย้งเพียงเล็กน้อย (75%)
เห็นด้วยปานกลาง	คือ	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านปานกลาง และมีข้อขัดแย้งเพียงครั้งเดียว (50%)
เห็นด้วยเล็กน้อย	คือ	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเพียงเล็กน้อย และมีข้อขัดแย้งเป็นส่วนใหญ่ (25%)
ไม่เห็นด้วย	คือ	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน (0%)

ข้อความ	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย เล็กน้อย	ไม่ เห็นด้วย
					
ในขณะที่รอการผ่าตัด และขณะผ่าตัด 1. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการทำผ่าตัดก่อน จะทำให้ข้าพเจ้ากลัวน้อยลง.....
2. ข้าพเจ้าคิดว่าการผ่าตัดครั้งนี้เป็นวิธีการรักษา ชาติที่เหมาะสมกับข้าพเจ้า.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

แบบสอบถามความรู้ในการปฏิบัติตัวของผู้ปวยกระดูกขาหัก

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้วัดคุณประสงค์ เพื่อสอบถามความรู้ในการปฏิบัติตัวของผู้ปวยกระดูกขาหักตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ขอให้ท่านอ่านข้อความที่ละเอียดและพิจารณาอย่างรอบคอบ ให้ท่านเลือกตอบ "ใช่" ถ้าข้อความนั้นถูก หรือเลือกตอบ "ไม่ใช่" ถ้าข้อความนั้นผิด หรือเลือกตอบ "ไม่ทราบ" ถ้าท่านไม่ทราบ โดยทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างที่ตรงกับข้อที่ท่านเลือก

ตัวอย่าง

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1. กระดูกหัก คือ การที่ส่วนประกอบของกระดูกแตกแยกออกจากกัน อาจเป็นการแตกแยกขาดจากกันเลย หรือยังมีส่วนที่ติดกันอยู่บ้างก็ได้	✓		
2.		✓	
3.			✓

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1. การทำความสะอาดร่างกาย ตัดเล็บ โกนขนบริเวณที่กระดูกหัก เพื่อป้องกันการติดเชื้อของแผลผ่าตัด.....
2. หลังเที่ยงคืนของวันก่อนผ่าตัดเป็นต้นไป ห้ามรับประทานอาหารและเครื่องดื่มทุกชนิดเพื่อป้องกันการสำลักน้ำ และอาหารเข้าในหลอดลม ขณะได้ยาสลบ.....
.
.
.
.
.
.
.
.
.
.
.
.
.
.
.
.
.
25. การดูแลแผลผ่าตัด ให้แห้งและสะอาดอยู่เสมอ เพื่อป้องกันการแผลอักเสบติดเชื้อ.....
26. ท่านควรหลีกเลี่ยงอาหารแสลงที่จะทำให้แผลหนอง เช่น ไข่ เนื้อสัตว์ต่าง ๆ ขี้าวเหินฮว.....

แผนการสอนผู้ป่วยกระดูกขาหัก



วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้ผู้ปกครองลูกขาพิการที่จะได้รับการทำผ่าตัด มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และผ่าตัด จัดกระดูกให้เข้าที่และใส่โลหะยึดไว้ภายใน สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติตัว เพื่อฟื้นฟูสภาพของตนเองให้สู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติได้เร็วขึ้น

วัตถุประสงค์เฉพาะผู้ป่วยสามารถอธิบาย

1. ขั้นตอน และเหตุผลของการเตรียมผ่าตัด ตลอดจนสามารถปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดได้ถูกต้อง
2. การปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของปอด และระบบไหลเวียนโลหิต ตลอดจนสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง
3. ภาวะแทรกซ้อนของการจำกัดการเคลื่อนไหว และวิธีการบริหารกล้ามเนื้อ แขน ขา ได้ถูกต้อง
4. สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด ตลอดจนการปฏิบัติตัวขณะอยู่ในห้องผ่าตัดได้ถูกต้อง
5. สภาพของตนเองหลังผ่าตัดเสร็จแล้ว และการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดได้ถูกต้อง
6. ประโยชน์และวิธีการออกกำลังกาย เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัด และวิธีการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

คำนำ

สารบัญ

คือเล่มนี้จัดทำขึ้นเพื่อช่วยให้อุปสรรคระดุกษาที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังการผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ ระบบหลอดเลือด ระบบทางเดินน้ำดีและไต ตลอดจนป้องกันกล้ามเนื้อ ข้อศอกแข็ง และทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรง สามารถฟื้นคืนสู่สภาพปกติได้โดยเร็ว สามารถดำรงชีวิตประจำวันและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

ท่านควรอ่านเล่มนี้พร้อมทั้งปฏิบัติตามไปด้วย เพื่อให้เกิดทักษะและความเข้าใจเพิ่มขึ้น ถ้าท่านมีปัญหา หรือข้อสงสัยใจให้สอบถามได้จากพยาบาลทุกคน และตัวผู้วิจัยเอง ประโยชน์ที่สูงสุดจะเกิดกับตัวท่านเองก่อนท่านผู้อื่นทั้งหลาย ๆ ครั้ง

ขอให้ท่านปลอดภัยและประสบความสำเร็จ
 สุนธา คุญวัตร
 นักศึกษาปริญญาโทชั้นปีที่ 2
 คณะพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยมหิดล

สำนักหอสมุด

1. การปฏิบัติตัวก่อนได้รับการผ่าตัด

2. วิธีการบริหารทางหายใจ

3. วิธีการไออย่างมีประสิทธิภาพ

4. การพลิกตะแคงตัว

5. การเคลื่อนไหวร่างกาย

6. หลักในการบริหารกล้ามเนื้อและข้อต่าง ๆ

7. ประโยชน์ของการบริหารกล้ามเนื้อและข้อต่าง ๆ

8. วิธีการบริหารกล้ามเนื้อแขน

9. วิธีการบริหารกล้ามเนื้อคอและข้อเข้าของขาข้างปกติ

ในระยะก่อนผ่าตัด

10. วิธีการบริหารกล้ามเนื้อต้นขาและข้อเข้าของขาข้างที่ได้รับบาดเจ็บ

ในระยะก่อนผ่าตัด

11. การปฏิบัติตัวในห้องผ่าตัด

12. การปฏิบัติตัวภายหลังได้รับการผ่าตัด

หน้า

1

2

2

3

3

4

4

5

8

11

12

14

34344